

中札内村特定不妊治療費用助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤の処方)を実施し、これに係る医療(調剤)費自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称
及び所在地
代表者氏名

印

医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
治療内容	生殖補助医療 A B C D E F (該当する記号に○をつけてください。裏面注1参照)		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○をつけてください	
	当該受診者が、今回行った不妊治療の内容について記入してください。			
	男性不妊治療 (行った手術療法を記載してください。)			
上記治療に伴い医師が必要として実施した先進医療等 (該当する記号に○をつけてください。)				
・タイムラプス ・子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE) ・子宮内膜受容能検査 (ERA) ・PICS1 ・IMSI ・SEET 法 ・子宮内膜スクラッチ ・反復着床不全に対する投薬 ・PGT ・その他 (名称:)				
・院外処方の有無 (□有・□無) ・高額療養費限度額適用認定証の有無 (□有・□無) ・高額療養費該当の有無 (□有・□無) ア・イ・ウ・エ・オ				
自己負担額の内訳 (一治療分)	生殖補助医療 (保険適用)		円	
	生殖補助医療 (保険適用外)		円	
	男性不妊治療		円	

※医師が必要として実施した保険適用外の先進医療等

- 注1 当該患者に関して行った保険診療内外による生殖補助医療、男性不妊治療に係るもののみご記入ください。
- 2 ☐は、該当項目をチェックしてください。
- 3 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から自己負担額を加算してください。
- 4 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。

注1 生殖補助医療の内容

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止