

余市町特定不妊治療医療機関受診等証明書

申請者記入欄	(ふりがな) 受診者氏名	()	生年月日 年 月 日 (歳)
	(ふりがな) 配偶者氏名	()	生年月日 年 月 日 (歳)
	住 所	〒	電話番号

※申請者の治療について、下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号に○をつけてください。	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。
		男性不妊治療を行った場合は行った手術療法を記載してください。 精子回収の有無 1. 有 2. 無	
	上記のとおり、証明いたします。 年 月 日 主治医氏名 印		
医療機関記入欄	[今回の治療にかかった金額合計] ※保険診療適用外に限ります。(文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は除く。)		
	特定不妊治療費（男性不妊治療を除く。）	領収金額	円
	男性不妊治療費	領収金額	円
	上記のとおり、証明いたします。 年 月 日 医療機関の名称・所在地 印		

【注意事項1】治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

【注意事項2】助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- 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（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状況を整えるために、1～3週間程度の間隔を開けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- 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目処が立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

【注意事項3】採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は対象外となります。

※裏面に自己負担額の内訳表がありますので、申請者の方がご記入ください。

〈自己負担額の内訳表〉

※負担額には、文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない費用は含みません。負担額合計と表面の領収金額が同額になるように記入してください。

医療機関分	保険診療負担額 (1)	保険診療適用外負担額 (2)	負担額合計 (3) = {(1)+(2)}	備考
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
合 計	円	円	円	

保険薬局分	保険診療負担額 (1)	保険診療適用外負担額 (2)	負担額合計 (3) = {(1)+(2)}	備考
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
年 月	円	円	円	
合 計	円	円	円	