

蒲郡市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

次のとおり特定不妊治療を実施し、係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地  
医療機関名  
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入下さい）

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 <u>特定</u> 不妊治療の治療開始年月日（※1）			年 月 日	
今回の治療期間（※2）		年 月 日 ～ 年 月 日		
今回の治療方法（※3）		<p>1 該当する記号（A～F）のいずれか1つに○を付けてください</p> <p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>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、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療指針に基づく一連の治療を行った場合）</p> <p>C 凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良により移植のめどが立たず治療終了</p> <p>E 受精できずに、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止</p> <p>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（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、又は精子が得られないため治療を終了した場合も含む。）</p> <p>2 実施した治療にチェック（複数可）を入れてください。</p> <p><input type="checkbox"/> 体外受精（A又はBに該当する場合のみ）</p> <p><input type="checkbox"/> 顕微授精（A又はBに該当する場合のみ）</p> <p><input type="checkbox"/> 男性不妊（行った手術療法）</p> <p><input type="checkbox"/> 先進医療（）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（）</p>		
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		

※1 今回の治療ではなく貴院において初めて特定不妊治療を開始した日を記載してください。（過去の妊娠において特定不妊治療の経験があれば、その日にちを記載してください。）

※2 治療開始期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行なった日から治療終了日までを記載してください。

※3 A～Fに該当しないもの、又は採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

－ 本人負担額の内訳 －

区 分	医療機関徴収分		薬局徴収分	
	保険診療分	保険診療以外分	保険診療分	保険診療以外分
	本人負担額①	本人負担額②	本人負担額③	本人負担額④
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円

注1 不妊治療に係るもののみご記入下さい。

2 院外処方有りの場合、薬局徴収分は薬局の領収書から本人負担額を転記して下さい。

3 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないで下さい。