

氷見市特定不妊治療費助成事業受診証明書

年 月 日

氷見市長 あて

医療機関名

所在地

主治医氏名

下記の方において体外受精・顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、体外受精・顕微授精を実施し、下記のとおり医療費を領収したことを証明します。

受診者氏名	夫		妻		
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		今回の治療期間 初日の妻の年齢	歳	
今回の治療内容	今回の治療方法について（該当する記号に○をつけてください）			AまたはBの場合 （該当する番号に○をつけてください） 1 体外受精 2 顕微授精	
	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、母体の状態を整えるために間隔をあ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めどが立たず終了 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 （注）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。			A～Cの場合 保険診療での胚移植術の総実施回数（他医療機関での回数を含む） 回目	
	具体的な内容				
今回の治療状況等（該当する記号に○をつけてください） 先進医療（有・無） 妊娠反応（有・無） 胎嚢の確認（有・無・不明）					
本人負担金額の内訳	受診年月	保険診療分		保険診療外分	
		診療点数	本人負担金額	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円	
	年 月分	点	円	円	
	年 月分	点	円	円	
	年 月分	点	円	円	
	年 月分	点	円	円	
	年 月分	点	円	円	
	計	点	円 ①	円 ②	
	領収金額（医療機関における本人負担金額）合計 ①②の合計額		(ア)		円
			上記のうち先進医療に係る費用		円
院外処方の有無		無・有（下段に本人負担金額をご記入ください）			
院外処方における本人負担額		(イ)			
本証明書の発行に要した費用（文書料）		(ウ)			
(ア) (イ) (ウ) の合計				円	