

氷見市特定不妊治療費助成事業受診証明書

氷見市長あて

医療機関名  
所在地  
主治医氏名

次のとおり特定不妊治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

|  |               |            |   |            |
|--|---------------|------------|---|------------|
| 受診者氏名  | 夫             | 年 月 日 ( 歳) | 妻 | 年 月 日 ( 歳) |
| 生年月日   |               |            |   |            |
| 1 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)<br>A 新鮮胚移植を実施<br>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)<br>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施<br>D 体調不良等により移植のめどが立たず終了<br>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<br>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<br>(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。 |               |            |   |            |
| 2 今回の治療状況等 (該当する記号に○をつけてください)<br>・先進医療の実施 (有・無) ・妊娠反応 (有・無) ・胎嚢の確認 (有・無・不明)  |               |            |   |            |
| 今回の治療期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日 |            |   |            |
| 領 収 金 額  |               |            |   |            |
| 今回の治療内容  |               |            |   |            |

当該治療に係る本人負担金額

| 期 間                   | 保 険 診 療 分 |                            | 保 険 診 療 外 (先 進 医 療 等)<br>本人負担金額 |
|-----------------------|-----------|----------------------------|---------------------------------|
|                       | 診療点数      | 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                               |
| 年 月分                  | 点         | 円                          | 円                               |
| 合計                    |           | 円                          | 円                               |
| 院 外 処 方 の 有 無         |           | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無      |
| 限 度 額 適 用 認 定 証 の 有 無 |           | <input type="checkbox"/> 有 | <input type="checkbox"/> 無      |

- 1 特定不妊治療に要した費用のみ記入ください。
- 2 食事療養費、文書料、差額ベッド代など治療に直接関係ない費用は含まないでください。