

印南町生殖補助医療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
今回の治療方法	A B C D E F (該当する記号(注参照)に○を付けてください。) 上記以外の治療・検査を行った場合は記載		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○を付けてください。)	
	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
今回の治療期間※1	年 月 日 ~	年 月 日	今回の治療による妊娠成立の有無	
	(男性不妊治療分) 年 月 日 ~	年 月 日	有	無
領収金額※2	[今回の治療にかかった金額合計(自己負担額) ※先進医療を含む] 金 _____ 円 (うち男性不妊治療費分の金額 _____ 円)			
院外処方の有無※3	有 ()			無

※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治療終了日までを記載してください。

※2) 印南町生殖補助医療費支払証明書(様式第3号(第6条関係))も併せて記載してください。

※3) 主治医の治療方針に基づく処方箋により院外処方が行われた場合は、主治医が患者から当該院外処方に係る領収書の提出を受け、主治医が領収日等とともに領収金額を記載してください(先進医療を含む)。

※4) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

- (注) 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1~3周期程度の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