

様式第2号(第6条関係)

美幌町特定不妊治療費助成事業に関する受診等証明書

年 月 日

美幌町長様

医療機関の所在地

名称

主治医氏名

印

次の者は、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みが極めて少ないと判断したため、下記のとおり治療を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

【医療機関記入欄】

受診者氏名(夫)	フリガナ	生年月日	年 月 日		
受診者氏名(妻)	フリガナ	生年月日	年 月 日		
治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 該当に <input checked="" type="checkbox"/>	A・B・C・D・E・F 該当に○(裏面参照)			
	男性不妊治療 有・無				
治療期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日 *保険適用となった特定不妊治療に係った期間				
治療費の内訳	受診年月	①治療費総額 *保険適用分のみ	②高額療養費該当金額	③本人徴収額	院外処方
	年 月分	円	限度額証提示：有・無 円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年 月分	円	限度額証提示：有・無 円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年 月分	円	限度額証提示：有・無 円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年 月分	円	限度額証提示：有・無 円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年 月分	円	限度額証提示：有・無 円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	年 月分	円	限度額証提示：有・無 円	円	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
合計	円	円	円		

*治療開始は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始日、男性不妊治療を行なった場合には、男性不妊治療開始日など早い方を治療開始日とします。治療終了は、妊娠確認日、治療を中断した場合は中止の日を記入してください。(全て保険適応となっている治療が対象です)

*個室料、食事代、文書料、凍結胚の管理料等、直接治療に関係ない費用は助成の対象外となります。

【対象となる治療内容】

- 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周期の間隔をあけた間隔をあけた後に胚移植を行うのと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途が立たず治療終了
 - 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、また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なったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られず治療を中止した場合も助成の対象となります。