

八雲町一般・特定不妊治療費等助成事業受診証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費 [本人負担額] を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)

今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	外来通院回数 ( 回)	/ 入院回数 ( 回)		
検査・不妊治療の内容	一般	<input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査		
	特定	<input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 採卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取		
	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
今回の治療方法	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F ※裏面を参照してご記入ください。			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 ※薬局徴収分負担額を記載 <input type="checkbox"/> 無			
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		
		医療費総額	本人負担額 ①	本人負担額 ②
	年4月分	円	円	円
	年5月分	円	円	円
	年6月分	円	円	円
	年7月分	円	円	円
	年8月分	円	円	円
	年9月分	円	円	円
	年10月分	円	円	円
	年11月分	円	円	円
	年12月分	円	円	円
	年1月分	円	円	円
年2月分	円	円	円	
年3月分	円	円	円	
治療にかかった金額合計				
徴収金額		円	(上記本人負担額①・②の合計)	

※ 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ください。  
 ※ 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです

- 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移植を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、移植の目途が立たず治療終了
  - E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、他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
- \* 採卵に至らないケース（女性へは侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。