

別記様式第3号(第6条関係)

浜中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、次のとおり、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称 _____
 医療機関の所在地 _____
 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) 夫の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
(フリガナ) 妻の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
貴医療機関における 治療開始年月日	年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の治療方法	該当する記号（注1参照）に○を付けてください		
	A	B	C D E F
	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療		
【保険適用の治療】			
今回の生殖補助医療にかかった自己負担金額の合計			
領収金額		円	
〔 内訳 (月分)		円	
〔 (月分)		円	
【保険適用外の治療】			
今回の生殖補助医療にかかった自己負担金額の合計（先進医療として保険診療と併用できるものも含む）			
領収金額		円	

- * は、該当項目をチェックしてください。
- * 当該患者に関して行った生殖補助医療に係るもののみご記入ください。診断のための検査は含めないでください。
- * 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めないでください。

(注1) 治療方法の助成対象範囲は下記の通りです

A 新鮮胚移植を実施

B 凍結胚移植を実施（採卵・受精後、1~3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合）

C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施

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、他精子授精などの異常授精等により中止

F 採卵したが卵が得られない、または状態の良い卵が得られないため中止