

不妊治療費(先進医療分)助成事業における受診等証明書

年 月 日

(宛先)
秦野市長

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

証明する治療・技術は先進医療として告示された治療・技術であり、当医療機関は、実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。

次の者については、先進医療について、医療保険適用の体外受精等と併用してを実施し、これらに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

主治医記入欄		
	男性	女性
フリガナ		
受診者の氏名		
受診者の生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
今回の治療期間 (保険診療)	開始 年 月 日 (※ 治療計画の日)	終了 年 月 日
今回の治療方法	① 新鮮胚移植を実施	
	② 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施	
	③ 以前に凍結した胚による胚移植を実施	
	④ 体調不良等により移植のめどが立たず終了	
	⑤ 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	
	⑥ 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に中止	
 ①～⑥のうち () に該当  ※治療方法が【① 新鮮胚移植を実施】または【② 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施】の場合  【 体外受精 ・ 顕微授精 】 いずれかを丸で囲んでください。		
胚移植の日	年 月 日 (胚移植 回目) ※ 未移植で治療終了の場合は記載不要です。	
保険診療の回数	今回で 回目	初回の治療開始日の女性の年齢 歳
先進医療実施日	実施した先進医療技術の名称	その先進医療にかかった金額
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
令和 年 月 日		円
合 計 (①)		円
治療費 (領収金額)	今回の体外受精等不妊治療にかかった費用 (保険診療及び先進医療の費用の合計額)	円
	先進医療にかかった費用(合計①と一致します)	円

【記入上の注意】

- ① 治療期間は、医師が治療計画書を作成した日等から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします
- ② 一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。
ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療予定がない場合は申請可能とします。
- ③ 本証明は、治療期間ごとに1枚作成してください。