様式第２号（第５条関係）

幕別町特定不妊治療費用助成受診等証明書

　下記の者については、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤の処方)を実施し、これに係る医療(調剤)費自己負担額を徴収したことを証明します。

　　年　　月　　日

医療機関又は薬局の名称

及び所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 | |  | | | 妻 |  |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | | | 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 | | | | | | |
| 治療内容  当該受診者が、今回行った不妊治療の内容について記入してください。 | 生殖補助医療　A B C D E F G (該当する記号に〇をつけてください。裏面注１参照） | | | | | | |
| 男性不妊治療（行った手術療法を記載してください。） | | | | | | |
| ・院外処方の有無　□有・□無  ・高額療養費限度額適用認定証の有無　□有⇒所得区分□ア・□イ・□ウ・□エ・□オ  □無  ・高額療養費該当の有無□有・□無 | | | | | | | |
| 今回の保険診療による特定不妊治療の自己負担額の合計  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | | | | | |
| 自己負担額の内訳  （一治療分） | | 生殖補助医療 | | | 円 | | |
| 男性不妊治療 | | | 円 | | |

注１　当該患者に関して行った保険診療による生殖補助医療、男性不妊治療に係るもののみご記入ください。

２　□は、該当項目をチェックしてください。

３　院外処方の有無が｢有｣の場合は、薬局の領収書から自己負担額を加算してください。

４　文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。

（注１）

生殖補助医療の内容

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

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　授精できず、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

G　採卵・移植に至らず