

白石町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、これらの医療を実施し、これに係る医療費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(主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
今回の治療方法 (いずれかに○をつけてください)	1: A B C		2: AまたはBの場合(いずれかに○)	
	2: A B C D E F		1. 体外受精 2. 顕微授精	
※ 別表第1で治療内容を確認し該当する記号に○をつけてください。				
男性不妊治療実施 有・無		精子回収の結果		
1.TESE 2.MESA 3.PESA 4.TESA		1.得られた 2.得られずに治療中止		
今回の治療期間 ※治療期間については、「別表第1人工授精・体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」を参考にしてください。	治療開始	年 月 日	※採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日	
	胚移植	年 月 日	(治療方法 2:A~Cのみ記載)	
	治療終了	年 月 日	※原則、妊娠判定日又は投薬終了日治療を中止した場合は中止日	
日本産科婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無	無・有 → 症例登録番号 (日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号)			なし
領収金額	今回の治療にかかった合計金額 [保険外診療に限る]			
	人工授精			円
	余剰胚凍結保存			円
	体外受精・顕微授精			円
	男性不妊治療			円
他医療機関への依頼及び院外処方投薬の有無	無・有 → 医療機関名・薬局名()			
※助成対象となるのは指定医療機関又は指定医療機関から照会等を受けた医療機関での治療及び院外処方による投薬です。				

※領収金額は、他医療機関の領収額についても、患者から領収書の提出を受け合計(内訳)金額を記載ください

(令和4年4月1日以降治療開始・先進医療以外分)