様式第２号（第４条関係）

上川町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり、一般不妊治療、生殖補助医療及びその調剤を医療保険各法の適用にて実施し、これに係る医療（調剤）費の本人負担を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関　所　在　地

名　　称

主治医氏名　　㊞

医療機関記入欄（主治医がご記入下さい。）

(フリガナ) 患者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生 年 月 日		年　月　日（　歳）		年　月　日（　歳）

今回、当該患者に行った医療保険各法の適用となった治療について、該当箇所に記入、☑、〇を付けて下さい。

■一般不妊治療

□　不妊症スクリーニング検査　　□　タイミング療法　　□　排卵誘発法
□　精液検査　　□　人工授精（　　回）
□　手術療法（手術方法　　）
□　その他　（　　）

院外処方の有無（□　有り　・　□　無し　）

医療機関徴収内訳	治療年月	医療費総額	本人負担額
	年　４月分	円	円
	年　５月分	円	円
	年　６月分	円	円
	年　７月分	円	円
	年　８月分	円	円
	年　９月分	円	円
	年１０月分	円	円
	年１１月分	円	円
	年１２月分	円	円
	年　１月分	円	円
	年　２月分	円	円
	年　３月分	円	円
	本人負担合計額	＿＿＿＿＿＿＿＿円 ・医療保険各法の適用となった治療費についてご記載ください。 ・文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の費用は含まないで下さい。	

■生殖補助医療

回　　数	回目　※今回の妊娠についての回数
治 療 期 間	年　月　日～　年　月　日（注１参照）
治療内容	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F ※該当の治療に○を付けて下さい。（注２参照）
男性不妊治療	□ 有 ・ □ 無
院外処方の有無	□ 有 ・ □ 無

注１）治療期間については、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載して下さい。ただし、主治医の治療方針に基づき、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から特定不妊治療終了日までを記載して下さい。

注２）治療内容の記号は、次のとおりです。

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周期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めどがたたず治療終了

E　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

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

・生殖補助医療　医療機関徴収内訳

治療年月	医療費総額	本人負担額	男性の生殖補助医療（注３参照）	
			医療費総額	本人負担額
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
年　月分	円	円	円	円
本人負担合計額	＿＿＿＿＿＿＿＿円 ・医療保険各法の適用となった治療費についてご記載ください。 ・文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の費用は含まないで下さい。			

注３）主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載して下さい。