様式第２号（第７関係）

 　　　　　　　　　　　　年 月 日

西和賀町長 様

　　　医療機関　所在地

　　名称

主治医氏名 　　　　　　　　　　 ㊞

西和賀町特定不妊治療医療機関受診等証明書

次の夫婦については、特定不妊治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ため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者の状況  | 受診者 （生年月日）  | 配偶者　 （生年月日）  |
|  （ 　　年　 月 　日生　　歳）  |  （ 　　 年 　月 　日生　　歳）  |
| 今回の治療方法  |  Ａ Ｂ Ｃ Ｄ Ｅ Ｆ （該当する記号・番号（※参照）に〇を付けてください。）* 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

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周期程度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 採卵・受精後に体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 Ｅ 採卵後受精できず、又は胚の分割停止、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、若しくは状態のよい卵が得られないため又は採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、若しくは状態のよい精子が得られないため治療を中止※　採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は、助成の対象となりません。 | Ａ又はＢの場合 １．体外受精 ２．顕微授精  |
| 男性不妊治療の手術方法 （ 　　　　　　　　　　　　 ）  | 精子回収の有無１.有　２．無  |
| 今回の治療期間 （※） |  　 年 月 日 ～ 　 年 月 日 ※　治療期間については、採卵準備又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ください。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ください。 |
| 他院での治療、院外処方  | （該当する場合に○をつけ、記入してください。） １　治療の一部を協力医療機関へ指示した。 協力医療機関名称（ ) ２　院外処方を指示した。  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分  | 診療年月  | 特定不妊治療医療機関領収分  | 薬局徴収分  |
| 保 険 診 療  | 保険診療以外の本人負担額　　　　（円）  | 院外処方本人負担額 （円）(※町記載欄) |
| 医療費総額　　（円）  | 本人負担額　　　（円）  |
| 受診者負担額の内訳 |  年  | 月分  |   |   |   |   |
| 年  | 月分  |   |   |   |   |
| 年  | 月分  |   |   |   |   |
|  年  | 月分  |   |   |   |   |
| 年  | 月分  |   |   |   |   |
| 年  | 月分  |   |   |   |   |
| 小　計 |   | ①  |  |  ② |
| 特定不妊治療にかかった金額 （医療機関自己負担分）  | ③（①＋②）   |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分  | 診 療 | 年 月  | 男性不妊治療医療機関領収分  | 薬局徴収分  |
| 保 険 診 療  | 保険診療以外の本人負担額 （円） | 院外処方本人負担額 （円）(※町記載欄)  |
| 医療費総額 （円） | 本人負担額 （円） |
| 受診者負担額の内訳 |  　年  | 月分  |   |   |   |   |
|  　年  | 月分  |   |   |   |   |
|  　年  | 月分  |   |   |   |   |
|  　年  | 月分  |   |   |   |   |
|  　年  | 月分  |   |   |   |   |
|  　年  | 月分  |   |   |   |   |
| 小　計 |   | ④  |  |  ⑤ |
| 男性不妊治療にかかった金額 （医療機関自己負担分）  | ⑥（④＋⑤）    |