様式第２号の１（第５条関係）

舟橋村不妊治療費助成事業受診証明書

　下記のとおり、不妊治療を実施し、これにかかる医療費を領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 | （　　　　　　　　　　　） |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日（　　歳） | 　　年　　月　　日（　　歳） |
| 今回の治療方法 | * 体外授精　　　　　　　　　　　　　　　□　検査（　　　　　　　　　　　　　　　）
* 顕微授精　　　　　　　　　　　　　　　□　タイミング療法
* 融解胚移植　　　　　　　　　　　　　　□　人工授精
* 男性不妊治療（　　　　　　　　　　　）□　その他（　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日 　 ～　　　　　年　　　　月　　　日 |
| 　　　年　　　月　　　日　 ～　　　　　年　　　　月　　　日 |
|  　 年 月 日 ～ 　　 年 　月 日 |
| ○治療状況等について(カッコ内に該当する日付を記入し、有無いずれかに〇印をつけてください)・妊娠反応を確認した日（ 　／　 、有・無　）（　　／　 、有・無　）（　 ／　 、有・無　）・胎嚢を確認した日（　 ／　 、有・無　）(　 ／　 、有・無　)（　 ／ 　、有・無　） |
| 領収金額（申請分の総額） |  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 院外処方 | 　　　　　　　　□有　　　　　　　　　　　　　　□無 |

* 各項目に該当しない治療状況等は、裏面の備考欄（自由記載）にご記載ください。

裏

　※裏面に記載に関する注意事項あり

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　本人負担額の内訳 | 対象診療年月 | 保険診療分 | 保険診療以外の本人負担額 |
| 保険診療点数 | 本人自己負担額 |
| 　　　　年　　　月分 | 　　　　　　　　　点 | 　　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | 　　　　　　　　　点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | 　　　　　　　　　点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | 　　　　　　　　　点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 　　　　年　　　月分 | 点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | 　　　　　　　　　点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 年　　　月分 | 　　　　　　　　　点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |
| 合　　計 | 点 | 　　　　　　　　円 | 　　　　　　　　円 |

【記載に関する注意事項】

* 検査とは、医療機関の医師が不妊症の診断のために必要と認める一連の検査のことを指します。

夫：精液検査、血液検査（ホルモン検査等）、泌尿器科的検査、その他医師が必要と認めた検査

妻：超音波検査、内分泌検査、子宮卵管造影検査、頸管因子検査、クラミジア検査、その他医師が必要と認めた検査

* 入院費やそれに伴う費用（病衣費や食事代、ベッド代、文書料、感染症検査、精子・卵子・受精胚の凍結保存維持管理料）は助成の対象となりません。

備考欄（自由記載）

|  |
| --- |
|  |