

北上市長 様

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

㊟

北上市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。

※指定医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

受診者の 状況	受診者 (氏名・生年月日)		配偶者 (氏名・生年月日)		子どもの有無
	(年 月 日生 歳)		(年 月 日生 歳)		有 (人) 無
今回の 治療方法	(該当する記号に○を付けてください)				A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)
	A B C D E F 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、又は状態のよい卵が得られないため中止 男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。 ※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。				
	男性不妊治療の手術方法 ()				精子回収の有無 有 ・ 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 外処方について	(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	
		医療費総額	本人負担額		院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
受診者負担額の 内訳	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)		円	

区分	診療年月	男性不妊治療医療機関領収分 (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(指定を受けていない医療機関である場合を含む)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ください。)			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額		
内訳 受診者負担額の	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)			円

※市記載欄

⑦特定不妊治療費 (③+薬局徴収分) 合計	
⑧男性不妊治療費 (⑥+薬局徴収分) 合計	
⑨特定不妊治療費・男性不妊治療費 合計	

- 備考
- 1 当該患者に関して行った、特定不妊治療に係るもののみ記入してください。
 - 2 院外処方がある場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
 - 3 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください