

川崎町不妊治療受診等証明書

年 月 日

川崎町長 様

医療機関の所在地

名 称

主治医氏名

印

下記の者について次のとおり不妊治療等を実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕（保険適用分）を徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		夫	()		妻	()	
受診者生年月日			年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日				
今回の治療期間			年 月 日 ~ 年 月 日				
治療内容	当該患者が今回行った不妊治療について、該当箇所に○をつけてください。						
	一般不妊治療	タイミング療法 排卵誘発法 人工授精 その他【 】					
	生殖補助医療	A B C D E F					※各治療ステージは裏面参照
		男性不妊治療の場合は手術療法 【 】					精子回収の有無 有 ・ 無
院外処方の有無			有 ・ 無				
本人負担の内訳	診療年月	医療機関徴収分			薬局徴収分		
		医療費総額	本人負担額 (保険診療分)		院外処方本人負担額 (申請者記載分)		
	年 月分	円	円		円		
	年 月分	円	円		円		
	年 月分	円	円		円		
	年 月分	円	円		円		
	年 月分	円	円		円		
	年 月分	円	円		円		
	小計	① 円		② 円			
この文書を作成するために要した費用③		円					
医療機関徴収総額 ④ (①+③)		円					

※町記載分	不妊治療自己負担額合計②+④	
-------	----------------	--

※1 当該患者に関して行った保険診療の不妊治療（保険診療分）に係るもののみご記載ください。

※2 院外処方が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

※3 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

(注) 助成の対象となる治療は、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、母胎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	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E	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

※採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成の対象となりません。