

様式第2号（第6条関係）

上士幌町生殖補助医療費等助成金受診等証明書

下記の者については、次のとおり生殖補助医療、生殖補助医療に併用される先進医療を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称
及び所在地
代表者氏名

印

医療機関記入欄

受診者氏名（夫）		生年月日	年 月 日（ 歳）
受診者氏名（妻）		生年月日	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		
今回の治療内容 ※当該受診者が、今回行った治療の内容について記入してください。（該当する項目すべてに☑を入れる。その他の場合は（ ）内に記載する。）	【生殖補助医療】 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 採精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 体調不良等により移植の目途が立たず治療終了 <input type="checkbox"/> 受精できず又は、異常授精などによる治療終了 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	【生殖補助医療に併用した先進医療】 <input type="checkbox"/> P I C S I <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> S E E T法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> I M S I <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別 <input type="checkbox"/> 反復着床不全に対する投薬 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
その他 ※該当する項目に☑を入れてください。	【院外処方の有無】 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 【高額療養費該当の有無】 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 【高額療養費限度額適用認定証の有無】 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 【所得区分】 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ		
自己負担額の内訳 ※通算1回の治療分	生殖補助医療分（保険適用）		円
	生殖補助医療に併用した先進医療分		円

記載上の注意

- 1 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治療終了日までを記載してください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収証から自己負担額を加算してください。
- 3 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。