

明和町不妊治療費助成事業医療機関受診証明書（特定不妊治療）

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

医療機関記入欄	受診者氏名					
	受診者生年月日	夫	年	月	日（歳）	
				妻		
	診療期間	年 月 日～		年 月 日		
	治療方法	<p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>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）</p> <p>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了</p> <p>E 授精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精等による中止</p> <p>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</p> <p>（注：採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。）</p>				
	A. 保険診療負担額	円	C. 領収額合計（A+B）			
	B. 保険診療適応外負担額	円	円			
	上記のとおり証明します。		年 月 日			
		医療機関名				
		住 所				
		主治医氏名		印		

院外処方を行った場合の記入欄（調剤薬局が記入してください）

保険薬局記入欄	A. 保険診療負担額	円	C. 領収額合計（A+B）			
	B. 保険診療適応外負担額	円	円			
	上記のとおり証明します。		年 月 日			
			薬局名称			
		住 所				
		薬剤師名		印		

※不妊治療に要した費用のみを証明してください。夫婦合算額をご記入ください。

※文書料・入院費・食事代等治療に直接関係のない経費は含まないでください。