

生殖②

碧南市生殖補助医療費助成事業受診等証明書

令和 年 月 日

碧 南 市 長 殿

医療機関の名称および所在地

主治医の氏名

印

電話番号

下記の者について、生殖補助医療又は生殖補助医療と合わせて行う先進医療（またはその調剤）を行い、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。

記

| | | | |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|----------------|
| 受診者 | 住所 | | |
| | | 氏 名 | 生年月日 |
| | 夫 | | 年 月 日 |
| | 妻 | | 年 月 日 |
| 今回の治療期間 | 年 月 日から | | 年 月 日 |
| 今回の治療内容 | <input type="checkbox"/> 体外受精 | <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 | |
| | <input type="checkbox"/> 顕微授精 | <input type="checkbox"/> 凍結胚移植 | |
| | <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術（ | | ） |
| | <input type="checkbox"/> 先進医療 | | |
| | <input type="checkbox"/> その他（ | | ） |
| 治療後の妊娠の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | （ 判定日： 年 月 日 ） |
| 院外処方の有無 | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有 | |
| 徴収金額 | 男性不妊治療以外の生殖補助医療分 | | 円① |
| | 男性不妊治療費 | | 円② |
| | 合計金額 | | 円（①+②） |
| 治療開始時点において妻の年齢が43歳以上である場合、以下の内容について確認をし文末の□に、チェック（レ点）を必ずしてください。 | | | □ |
| 上記徴収金額は、43歳未満の場合に保険診療の適用となる治療の範囲です。 | | | |

注意事項

- 1 太枠内は、対象者が記入した後に医療機関へ提出してください。
- 2 □は、該当項目をチェックしてください。
- 3 治療内容の「その他」は（ ）内に具体的な内容を記入してください。
- 4 自己負担額は、保険適用された分のみを記載してください。
- 5 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、主治医が徴収金額を記載してください。