

別記様式第2号（第5条関係）

下川町生殖補助医療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(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)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（裏面の注意事項参照）に○をつけてください。		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する記号に○をつけてください。)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 ( ) 精子回収の有無 : 1. 有 2. 無			
今回の治療期間(注1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無	無 ・ 有 → 症例登録番号 日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。			
・ 院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> あり(注2) ・ <input type="checkbox"/> なし)				
区 分	医療機関徴収分			薬局徴収分
	保険診療分		保険診療以外(保険 適用と同様の治療 に限る(注3))の 本人負担額 ②	本人負担額 ③
	医療費総額	本人負担額 ①		
本人 負担 額の 内訳	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
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計（上記本人負担額①～③の合計額となります。）] 生殖補助医療費(男性不妊治療を除く) 領収金額 円 男性不妊治療費(注4) 領収金額 円			

(注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特定不妊治療終了日までを記載してください。

(注2) 院外処方の有無が「あり」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。

(注3) 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の治療費ではない費用や先進医療は含みません。

(注4) 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を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。

(注意事項) 助成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 凍結胚移植を実施 (採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合)
  - 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たたず治療終了
  - E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受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、または状態のよい卵が得られないため中止
- ※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良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。