様式第２号（第５条関係）

上山市不妊治療費助成事業申請用証明書

　　年　　月　　日

医療機関の名称

及び所在地

主治医氏名 　　　　　　　　　　　印

　下記の者について、公的医療保険が適用される不妊治療（保険診療の不妊治療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療を含む）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を下記のとおり徴収したことを証明します。

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 | |  | | | |
| 受診者生年月日 | | 昭和 ・ 平成　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　歳） | | | |
| 今回の治療期間 | | 年　　　月　　　日 ～ 　　　　　年　　　月　　　日  ※採卵準備又は凍結胚移植、精巣内精子採取術を行うための投薬開始等治療を行った日から治療終了日まで記載してください | | | |
| 治療内容  ※〇をつけてください。 | | 採卵術　・　体外受精　・　顕微授精　・　胚移植術　・　精巣内精子採取術 | | | |
| 併用した先進医療  ※該当に☑を記入して  ください | | □ＰＩＣＳＩ　　　　　□タイムラプス　□子宮内細菌叢検査（ＥＭＭＡ/ＡＬＩＣＥ）  □子宮内フローラ検査　□ＳＥＥＴ法　　□子宮内膜受容能検査（ＥＲＡ）  □子宮内膜スクラッチ　□ＩＭＳＩ　　　□二段階胚移植法  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 妊娠判定結果 | | 陽性　・　陰性　　　※胚移植術を実施した場合のみ○をつけてください | | | |
| 院外処方の有無 | | あり　・　なし　　　※○をつけてください | | | |
| 本人負担額の内訳 | 今回の治療期間の医療機関（又は薬局）徴収分 | | | | |
|  | | 保険診療かつ不妊治療に係るもののみ記入 | | 先進医療に係るものの金額 |
| 医療（又は調剤）費総額 | 本人負担額 |
| 令和　 年　　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 令和　 年 　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 令和　 年 　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 令和　 年 　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 令和　 年 　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 令和　 年 　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 令和　 年 　月分 | | 円 | 円 | 円 |
| 合　 計 | | 円 | ①　　　　　　　　 　円 | ②　　 　　 　　　円 |
| 領収金額（①＋② 上記本人負担額の合計） | | | |  | |