

雲南市長 様

医療機関
住 所
名 称
医師名

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

次の者については、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。

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		S H 年 月 日（ 歳）		S H 年 月 日（ 歳）
治 療 内 容	実施した治療内容に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。			
	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 → <input type="checkbox"/> 当医療機関は実施した先進医療について実施機関として届出済である。 <input type="checkbox"/> 保険外診療			
* 保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢（ ）歳				
男性不妊治療を行った場合	手術療法名			
	精子回収の有無			
治 療 期 間 （※注2参照）	治療開始日	年	月	日
	治療終了日	年	月	日
領収金額	【今回の治療にかかった金額の合計】（※注1参照） 治療内容に応じて、①、②のいずれか該当する方に記載してください。 ※ 保険診療と併用される先進医療を実施した場合→①へ記入 ①保険診療分 領収金額 円（うち先進医療にかかる経費 円） ※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。 ②保険外診療分 領収金額 円（うち助成対象外経費 円） ※ 今回の治療期間内において治療に直接係るものについて記載してください。 ※ 助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用（入院費、食事代、病衣代、文書料、凍結胚等の管理料等）です。			
他院での注射や治療等の依頼の有無	有→医療機関名（ ）			無
注1 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、又は状態のよ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。 注2 治療開始は、原則治療計画を立てた日、治療終了は、妊娠判定日又は投薬終了日、治療を中止した場合は中止の日を記入してください。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を記入してください。				

