

特定不妊治療受診証明書

次の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

江府町長 様

医療機関の住所

名称

主治医氏名

㊟

（署名または記名押印）

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | | | |
|--|---|------------|---|--------------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
| 受診者生年月日※1 (和暦) | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) |
| 今回の診療方法 | 実施した診療内容に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 <input type="checkbox"/> 保険診療 (保険適用 回目) <input type="checkbox"/> 自費診療 <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療 → (該当の場合 <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関です。 | | | |
| | * 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は、行った手術療法を記載してください。 [] | | | (精子回収の有無) 有 ・ 無 |
| 今回の治療期間※2 (和暦) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 領収年月日 (和暦) 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | |
| [今回の治療にかかった金額合計] 今回の治療内容に応じて、①、②のいずれか該当する方に記載してください。 | | | | |
| ①保険診療分 領収金額 円 (うち、先進医療技術にかかる経費 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自費診療分 領収金額 円 (うち、助成対象外経費 円) ※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、凍結胚等の管理料、保存料等) | | | | |
| 院外処方及び他院での治療の有無※3 | | 有 ・ 無 | | |
| 院外処方有の場合は、処方箋等発行日 (複数回ある場合はすべて記載) | | | | |

※1 年齢は、「今回の治療開始期間」欄に記載する始期の時点における年齢を記載してください。
※2 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。
※3 今回の治療にかかる、保険外の院外処方箋発行及び貴院の指導に基づく他院での治療の有無について記載してください。