

様式第2号（第5条関係）

一般・特定不妊治療受診等証明書

次のとおり治療を実施し、医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

西脇市長 様

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

主治医 \_\_\_\_\_ (印)

| 医療機関記入欄(主治医が記入してください。) |  |       |                                  |
|------------------------|--|-------|----------------------------------|
| 受診者氏名                  | 夫  |       | 妻                                |
| 生年月日                   |  | 年 月 日 | 年 月 日                            |
| 実施した治療<br>(保険適用分)      | (一般不妊治療)<br><input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 人工授精<br><input type="checkbox"/> その他 ( )  |       |                                  |
|                        | (特定不妊治療)<br><input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精<br><input type="checkbox"/> 男性不妊治療(特定不妊治療の一環として行うもの)<br>(内容: )   |       |                                  |
| 特定不妊治療<br>の治療区分        | (該当する記号を○で囲んでください。)<br>A 新鮮胚移植を実施<br>B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施<br>C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施<br>D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了<br>(自然妊娠による治療終了は対象外)<br>E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による治療中止<br>F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため治療中止<br><br>※次のいずれかに該当する場合は、助成対象外です。<br>・卵胞の未発育又は排卵終了のため治療中止<br>・採卵準備中の体調不良等による治療中止 |       |                                  |
| 今回の治療による妊娠有無           | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明  |       |                                  |
| 今回の治療期間                | 年 月 日 ~ 年 月 日 (一般不妊治療)<br>年 月 日 ~ 年 月 日 (特定不妊治療)   |       |                                  |
| 領収年月日                  | 年 月 日 ~ 年 月 日 (一般不妊治療)<br>年 月 日 ~ 年 月 日 (特定不妊治療)   |       |                                  |
| 領収金額                   | _____ 円  | 内 訳   | 一般不妊治療 _____ 円<br>特定不妊治療 _____ 円 |

(注意事項)

領収金額は、申請年度の前年度の1月から申請年度の12月までの間における不妊治療(保険診療に限る。)に係る金額を記入してください。ただし、入院時食事療養費、文書料、個室料その他不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外です。