

宇都宮市不妊治療(生殖補助医療等)支援制度受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療が必要であると医師が判断し、治療を実施したため、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

実施医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 印

実施医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
受診者の生年月日 および 治療開始日時点の年齢	夫	昭和 平成 年 月 日(歳)	妻	昭和 平成 年 月 日(歳)
今回の治療方法 該当する項目を ○で囲んでください。 ※ 中項目A～Gは、これ までの国の助成制度 である特定不妊治療 助成制度における治 療内容の分類と同様	大項目	体外受精 ・ 顕微授精 ・ 男性不妊治療※1 ・ 先進医療※2		
	中項目	A(新鮮胚移植) ・ B(凍結胚移植) ・ C(以前に凍結した胚を解凍し胚移植) ・ D(体調不良等で終了)		
		E(受精できず) ・ F(採卵したが卵が得られず中止) ・ G(男性不妊手術) ・ その他()		
	※1) 男性不妊手術法() ⇒ 精子回収の有無 1. 有 2. 無			
※2) 先進医療技術名()				
妊娠の有無	1. 有 2. 無			
今回の治療期間※3	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療実日数 (治療日を○で囲んでください。記入欄が不足する場合は、備考に記入してください。)	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	年 月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31		
	備 考			
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計]※4		院外処方	1. 有 2. 無
	①生殖補助医療(男性不妊治療含める) (保険適用分)※5		自己負担金額	円
	②生殖補助医療(男性不妊治療含める) (保険適用外分)※5		自己負担金額	円
	③先進医療※6		自己負担金額	円

※3) 治療期間は、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(妊娠判定または治療を中止した日)までを記入してください。
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不妊治療終了日までを記入してください。

※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と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入してください。
また、院外処方を含む場合は、院外処方「有」を選択し、自己負担金額に含めて記載してください。

※5) 保険診療により治療を実施した生殖補助医療の患者様の自己負担額(3割分)は①欄、混合診療等により保険外診療となった生殖補助医療の患者様の自己負担額(10割分)は②欄に記載してください。

※6) 先進医療に要した費用の患者様の自己負担額を記載してください。

(注) 第三者の精子・卵子等を用いた生殖補助医療や、借り腹によるものは対象外です。