

朝日町不妊治療費助成事業受診証明書

朝日町長あて

下記の方において体外受精・顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みが極めて少ないと思われるため、体外受精・顕微授精を実施し、医療費を下記のとおり領収しました。なお、当医療機関は、富山県不妊治療費助成事業における指定医療機関又は生殖補助医療の保険医療機関であることを証明します。

年 月 日

医療機関等の名称及び住所

主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

受診者氏名	(女)	生年月日 年 月 日		
治療計画作成日における受診者の年齢 ※1	歳	*今回の治療が治療区分A～Cの場合、 保険診療での胚移植術の総実施回数 (他医療機関での回数を含む) (回目)		
先進医療の有無	有 ・ 無			
保険診療の有無	有 ・ 無			
今回の治療期間 ※2	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療内容	該当する治療区分に○をつけて下さい (注)採卵に至らないケースは助成対象とはなりません			
	A 新鮮胚移植を実施			
	B 凍結胚移植を実施 (採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために間隔をあけた後に胚移植を行うなどの治療方針に基づく一連の治療)			
	C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施			
	D 体調不良等により移植のめどが立たず終了			
E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止				
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中止				
【 1 体外受精 2 顕微授精 】 *AまたはBの場合、該当する番号に○をつけて下さい				
(具体的な内容)				
*先進医療および保険適用外の治療や投薬を行った場合はその内容もご記入下さい				
■妊娠反応 有 ・ 無 ■胎囊の確認 有 ・ 無 ・ 不明 ■合併症 無 ・ 有 ()				
本人負担金額の内訳 ※3	期 間	保 険 適 用 診 療 分	保険適用外診療分の 本人負担金額	
		診療点数	本人負担金額	
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	領収金額 (医療機関分) 合計		円	円
	院 外 処 方 の 有 無		無 ・ 有 (下段に本人負担額をご記入下さい)	
院外処方における本人負担額		円		

※1 自由診療の場合は、採卵準備 (治療Cの場合は凍結胚移植) のための投薬等を行った日における年齢をご記入下さい。
 ※2 治療期間は、採卵準備 (治療Cの場合は凍結胚移植) のための投薬等を行った日から治療終了日までをご記入下さい。
 ※3 胚凍結保存維持管理料は含みません。食事療養費、文書料、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用も助成対象ではありませんので、含まないで下さい。