様式第２号（第５関係）

　　　　　　　　　　　長和町不妊治療(先進医療)費用助成事業受診等証明書

下記のとおり、長和町不妊治療(先進医療)費用助成事業の対象となる治療を行ったことを証明します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

【主治医記入欄】

各項目について確認し、□にレ点を入れてください。

□当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。

□今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と合わせて実施しました。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 | |
| ふりがな |  |  | |
| 受診者氏名 |  |  | |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　）歳 | 年　　月　　日（　　）歳 | |
| 今回の治療  （※１） | □採卵から妊娠確認  □凍結胚移植から妊娠確認  □妊娠確認前に当該治療計画を中止 | 先進医療  併用ステップ | □体外受精  □顕微授精  □胚培養  □胚移植 |
| 実施した先進医療 | □IMSI　　　　　　　　　　　　　　　　□PICSI  □タイムラプス　　　　　　　　　　　　□子宮内膜受容能検査(ERA)  □子宮内細菌叢検査(EMMA ／ ALICE)　　 □子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)  □子宮内膜スクラッチ　　　　　　　　　□(　　　　　　　　　　　　　)  □(　　　　　　　　　　)　　　　　　　□(　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 患者負担額 | 円（裏面の②の金額と一致させてください） | | |

注）次の費用は助成の対象となりません。

　・食事代、文書料等直接治療に関係ない費用　　・出産(流産・死産を含む)に係る費用

　・他の地方公共団体（県の助成をを除く）で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用

※１採卵準備のための「薬品投与」又は凍結胚移植のための｢胚の解凍｣から「妊娠の確認」等に至るまでの一

連の治療を分けて申請することはできません。一回の治療計画ごと受診等証明書を作成してください。ただ

し、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は助成の対象となります。

【医療機関欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 検査年月日 | 妻氏名：(　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | 患者負担額 | | | 領収金額 | 1. のうち   先進医療分 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 令和　　年　　　月分 | 円 | 円 | | 合計 | 円 | 1. 円 |   　　＊②の合計金額を表面の「患者負担額（先進医療分）」に記入してください。  　上記のとおり領収したことを証明します。  　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　医療機関の所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

　　　　※入院食事療養費、差額ベッド代、文書料等直接治療に関係ない費用は対象外です。