

石川町不妊治療費助成事業 (生殖補助医療) 受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

石川町長 様

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳) ※年齢は今回の治療開始時点における年齢		年 月 日 (歳) ※年齢は今回の治療開始時点における年齢
今回の治療方法	A・B・C・D・D・E・F ※該当する記号に○を付けてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 ※該当する番号に○を付けてください	
	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) 1. 有 ・ 2. 無
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※採卵準備また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			
	男性不妊症治療を行った場合は、その治療期間を記載してください 年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療への 保険の適用	該当する番号に○を付け、()内を記載してください。(※胚移植術の算定回数)			
	1. 有 (保険適用 回目) 2. 無 (これまで保険適用で治療された回数 回) 保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢 () 歳			
領収年月日 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、③の該当する箇所に記入してください。				
①保険診療分				
領収金額				円
②自費診療分				
領収金額				円
③男性不妊治療分				
領収金額				円
今回の治療に係る院外処方及び他院での治療の有無			有 ・ 無	

助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。ただし、採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合は助成の対象となります。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

