

豊川市生殖補助医療費補助受診等証明書

下記の者については、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費(本人負担額)を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名(署名)

医療機関記入欄

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------------|----------|------------|-------|-------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () | | |
| 生年月日 | 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) | 昭和 平成 | 年 月 日 (歳) | | |
| 初回生殖補助医療開始日 | 年 月 日 | | | | | |
| 補助対象の治療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | | | |
| 今回行った不妊治療について該当項目を選択し、()内のあてはまるものを丸で囲んでください。 (※A・Bについては下記注意事項をご参照ください。) | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> A (体外受精・顕微授精) | | <input type="checkbox"/> B (体外受精・顕微授精) | | | | |
| 本人負担額の内訳 | | 限度額認定証利用の有無(マイナ保険証での利用も含む) | 保険診療(円) | 保険外(円) | 夫分(円) | 合計(円) |
| | 年 月分 | 有・無 | | | | |
| | 年 月分 | 有・無 | | | | |
| | 年 月分 | 有・無 | | | | |
| | 年 月分 | 有・無 | | | | |
| | 年 月分 | 有・無 | | | | |
| [本人負担額合計] | | 領収金額 | | | | 円 |

※注意事項(医療機関の方へお願い)

- 治療期間については、採卵準備を行うための投薬開始等を行った日から、一連の生殖補助医療終了日(妊娠判定日)までを記載してください。
- 助成対象となる治療は、現パートナー間において初めて受ける生殖補助医療(「ご案内」のとおり)の次のいずれかに相当する治療に限ります。(男性不妊治療は含まない。)
A:新鮮胚移植
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)
※A又はBにおける先進医療も含みます。
- 卵が採取できない場合、体調不良等により移植のめどが立たず治療を終了した場合、異常受精により中止した場合は対象外となります。
- 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療ではない費用は含まないでください。
- 「領収金額」の修正は認められません。(訂正印不可)