

受給者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

高山市生殖補助医療助成金受診等証明書

下記の者については、体外受精・顕微授精等の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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日 (※治療開始時の年齢)	夫	昭和 年 月 日 (歳) 平成	妻	昭和 年 月 日 (歳) 平成
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 保険診療のみで治療 → 下記領収金額①保険診療に金額を記入してください <input type="checkbox"/> 保険診療+先進医療の治療 → 下記領収金額①保険診療と②先進医療費に金額を記入してください <input type="checkbox"/> 保険外診療のみで治療 → 下記領収金額③保険外診療に金額を記入してください			
	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○をつけてください		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○をつけてください)	
	A, B, C の場合 → 妊娠反応結果 (いずれかに○) : 陽性 ・ 陰性			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領 収 金 額	[今回の治療にかかった金額]			
	① 保険診療費	保険診療分 の本人負担額(領収) 額	円	
	② 先進医療費	先進医療分 の本人負担額(領収) 額	円	
	③ 保険外診療費	保険外診療に要した本人負担額(領収)額	円	
	※③保険外診療は、治療方法A・B・C・D・E・Fに該当する治療を行った金額をご記入ください。 ※上記①②③とも文書料、食事療養費等、治療に直接関係のない費用は含めないでください。			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし			
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

(注) 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。

- 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（原則として余剰胚を移植した場合に限る。）
- 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

(注) 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。