

様式第2号(第7条関係)

土庄町特定不妊治療費助成事業受診等証明書(保険診療)

次の者については、特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと診断したため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
名 称
主治医氏名

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	夫	年 月 日生		妻	年 月 日生	
今回の治療への 保険の適用	保険適用 通算()回目 ← 【1子ごとの(リセット後の)回数】を記入 ・保険適用による通算1回目の治療開始時(*)の妻の年齢(歳) (*)保険適用を受ける初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日を指します。					
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間 ※1	(開始) 年 月 日 ～ (終了) 年 月 日					
	(男性不妊治療分 年 月 日 ～ 年 月 日)					
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください。				A又は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： ☐ 有 ☐ 無					
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの保険診療 分に係る医療費等	診療年月		自己負担額 ※ 2	高額医療費に係る当該月の自己負担限度額 (限度額適用認定証の提示等により確認が取れている場 合、適用区分又は限度額を記入してください。)		
	妻	年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
		年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
		年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
		年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
		年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
		年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
	保健診療分の合計額		円			
	夫	年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
		年 月分	円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認		
年 月分		円	適用区分()・限度額(円) ☐ 未確認			
保健診療分の合計額		円				

