

東員町不妊治療費助成事業 医療機関等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これにかかる医療（調剤）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
 (又は薬局) 主治医氏名
 (又は薬剤師)



医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今年度に行った治療について、その開始年月日と終了年月日 年 月 日 ~ 年 月 日				
◎上記期間に当該患者が行った不妊治療の内容について該当するものに複数記入してください。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療 A (回)・B (回)・C (回)・D (回)・E (回)・F (回) <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> 精巣検査 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()				
※治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療域間にて治療を行った場合に記入してください。 医療機関名 () にて () を実施				
◎上記の治療（又はその調剤）にかかった保険外診療分および保険診療分を含めた本人負担額の合計 <p style="text-align: center;">領収金額 _____ 円</p>				
※該当のある場合にチェックと記入をしてください。 <input type="checkbox"/> 上記領収金額は、 _____ に依頼した _____ の金額 _____ 円を含む。 <input type="checkbox"/> 上記領収金額の他、 _____ に依頼した _____ の金額 _____ 円がある。				

注意事項

- ・治療期間の範囲は、主治医の治療方針に基づきその医療行為を開始した日から、妊娠の確認を行った日までとします。年度内にその過程を複数回行った場合は、その最終に実施した治療にかかる妊娠の確認の日までとします。妊娠の確認を行うに至らなかった治療については、その治療（又は調剤）を中止した日までとします。
- ・食事代、入院費、文書料及び凍結保存（管理）に係る費用等直接的な治療費ではない費用は含みません。
- ・文書料の徴収および料金の設定については、病院側の判断とします。ただし、その徴収した文書料は助成対象となりません。
- ・治療が年度をまたぐ場合、治療開始日が前年度、また、終了日が翌年度となってもかまいません。
- ・特定不妊治療を実施しすでに県や町の助成を受けた者は、上記領収金額から助成により支給を受けた額を差し引いた額について助成を行います。