

寝屋川市不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記のとおり、生殖補助医療に係る治療等を実施し、これに係る費用を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称
主治医氏名

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		年 月 日
申請要件の確認 (□にチェックを入れてください)	(1) 貴院は、生殖補助医療管理料の施設基準に係る届出を行った保険医療機関ですか。 <input type="checkbox"/> はい → (2)へ <input type="checkbox"/> いいえ → 助成対象外 (2) 今回実施した生殖補助医療に係る治療(検査を含む)は、保険算定の対象となるものですか。 (※検査のみの場合は、助成対象となりません) <input type="checkbox"/> はい → 「今回の治療期間」欄の記入にお進みください。 <input type="checkbox"/> いいえ → 助成対象外			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※開始日は、当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日を記入してください。 ※終了日は、妊娠判定を行った日または一連の治療を中止した日を記入してください。			
領収金額	○当該治療(検査を含む)において、領収した金額を記入してください。 ※金額を訂正する場合は、新しい用紙に記入し直して下さい。 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 円 (うち、検査分 円) </div> ※検査費用については、今回の生殖補助医療の実施において必要となったものが対象となります。 (治療開始前に行った感染症検査なども含んでいただいて構いません) ただし、先進医療に該当する検査をはじめ、保険適用外の検査は助成対象外です。			
今回の治療内容 (□にチェックを入れてください)	○一連の治療で実施したもの全てにチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術(精巣内精子採取術) <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> その他 ()			

【留意事項】

今回の治療を複数の医療機関で行った場合は、主治医が受診者から一連の治療として他の医療機関で支払った費用に係る領収証等の提出を受け、その内容を踏まえて1枚の証明書を作成していただいても構いません。