

榛東村不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（一般・特定・不育）

申請者記入欄	氏 名		生 年 月 日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
	住 所	〒 榛東村大字	
	電話番号		

主治医記入欄	診断名			
	診療期間	年 月 日	～	年 月 日
	※実施した治療について、該当事項に○をつけてください。 1. 診察 2. 検査（頸管粘液検査・性交後検査・精液検査・他） 3. 処置（卵管通気検査・支給卵管造影検査・腹腔鏡検査・他） 4. ホルモン治療 5. 人工授精 6. 体外受精または顕微授精 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 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 7. 不育症 検査： 治療：薬物療法（内服・注射）・手術（） 上記のとおり、証明します。 年 月 日 主治医氏名 印			

医療機関 保険薬局 記入欄	A. 保険診療負担額	円
	B. 保険診療適用外負担額	円
	C. 領収額合計（A+B）	円
	上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関所在地・氏名又は名称 印	

*申請年度（4月1日から翌年3月31日まで）内の不妊または不育治療に要した費用のみを証明してください。（特定不妊治療の場合は、一回の特定不妊治療に要した費用）

*文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は含まないでください。

*医療機関等が2カ所以上の場合は、別に本文書を作成してください。