

松本市こうのとりの支援事業受診等証明書（医療機関記載用）

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る医療（調剤）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

所在地

主治医氏名

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	() 年 月 日 (歳)	妻	() 年 月 日 (歳)
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の検査・治療の内容、治療期間 ※該当する番号、記号に○をつけてください ※保険診療で実施される不妊治療内容の□は該当項目に✓を付けてください	1. 保険診療で実施される不妊治療			
	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 超音波検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影検査 <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 性交後試験 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	2. 保険適用回数終了後の体外受精又は顕微授精 ※裏面の注をご参照ください。			
	A B C D E F G H	年 月 日	~	年 月 日
A B C D E F G H	年 月 日	~	年 月 日	1. 体外受精 2. 顕微授精
A B C D E F G H	年 月 日	~	年 月 日	1. 体外受精 2. 顕微授精
本人負担額の内訳	区分	1. 保険診療分 本人負担額	2. 保険適用終了診療分 本人負担額	松本市記入欄 審査後確定額
	年 4月分	円	円	円
	年 5月分	円	円	円
	年 6月分	円	円	円
	年 7月分	円	円	円
	年 8月分	円	円	円
	年 9月分	円	円	円
	年 10月分	円	円	円
	年 11月分	円	円	円
	年 12月分	円	円	円
	年 1月分	円	円	円
	年 2月分	円	円	円
年 3月分	円	円	円	
合計	円	円	円	

1 当該患者に関して行った不妊治療に係る費用のみご記入ください。

2 文書料、食事代、入院室料等の治療と直接関係ない費用は、含みません。

注1 保険適用回数終了後の体外受精及び顕微授精の治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを1回の治療ごとに記載してください。

注2 保険適用回数終了後の体外受精及び顕微授精の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、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止
- G 卵胞が発育しない、または排卵終了のため中止
- H 採卵準備中、対象不良等により治療中止