

西原村特定不妊治療費助成申請に係る証明書

年 月 日

(あて先) 西原村長

(医療機関) 所在地
名 称

㊟

主治医氏名

下記の者について、次のとおり保険適用となる特定不妊治療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を徴収したことを証明します。

受診者	夫	(ふりがな) () 氏 名	妻	(ふりがな) () 氏 名
		生年月日 年 月 日		生年月日 年 月 日
		住 所		住 所
今回の治療期間※ ¹		年 月 日 ~ 年 月 日		
治療方法※ ² (治療ステージ内容)				
区分	診療年月	医療機関徴収分		薬局徴収分
		治療日	本人負担額	院内処方本人負担額
本人負担額の内訳	年 月分			院外処方分 本人負担額 【※村記入欄】
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	小計		①	②
特定不妊治領収額 (医療機関での自己負担額)	④ (①+②)			円

※村記入欄	特定不妊治療本人負担額 (③+④)	円
-------	-------------------	---

【備考】

- 1 当該患者に関して行った、保険適用となる特定不妊治療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の分がある場合、本人から院外処方約に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入の必要はありません。
- 3 ※¹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記載してください。
- 4 入院時の差額ベッド代、食事代、文書代及び時間外対応加算など、治療に直接関係ない費用は含めないでください。

5 ※² 別表1

ステージ	治療内容
A	新鮮胚移植を実施
B	凍結胚移植を実施（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、又は、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、又は状態のよい卵が得られないため中止
男性不妊治療	体外受精、顕微授精のための精子採取手術