

西ノ島町長 様

医療機関 住所
 名称
 医師

印

不妊治療等に関わる医療機関証明書

下記の者については、不妊の治療等が必要であること(又はあったこと)を証明します。

記

太枠内は、申請者が記入してください。

ふりがな					
受診者氏名	夫		妻		
生年月日		年 月 日		年 月 日	
主たる検査	(夫) <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> その他() (妻) <input type="checkbox"/> ホルモン検査 <input type="checkbox"/> クラミジア抗体検査 <input type="checkbox"/> 子宮卵管造影 <input type="checkbox"/> その他()				
治療内容	一般	<input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 人工授精 初回受診 年 月 日			
	生殖補助医療(注1)	<input type="checkbox"/> 保険診療 <input type="checkbox"/> 保険と併用される先進医療→ <input type="checkbox"/> 当医療機関は実施した先進医療について実施医療機関として届け出済みである。 <input type="checkbox"/> 保険外診療 治療開始 年 月 日 ※採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの) 治療終了 年 月 日 は助成対象となりません。			
	不育症(注2)	不育症治療を必要とした理由(既往歴等) <input type="checkbox"/> 流産(回) <input type="checkbox"/> 死産(回) ※助成金の交付は流産・死産の既往がある場合に限り。ただし人工妊娠中絶は既往歴に含みません。 <input type="checkbox"/> 抗血小板療法 <input type="checkbox"/> 抗凝固体療法 <input type="checkbox"/> ホルモン療法 <input type="checkbox"/> 免疫抑制療法 <input type="checkbox"/> 漢方療法 <input type="checkbox"/> その他() 治療開始 年 月 日 治療終了 年 月 日			
領収金額	【今回の治療にかかった金額の合計】(注3) 治療内容に応じて①、②に記載してください ※保険診療と併用される先進医療を実施した場合→①へ記入 ① 保険診療分 領収金額 円(うち先進医療にかかる経費 円) ② 保険外診療分 領収金額 円(うち助成対象外経費 円) ※今回の治療期間内に置いて治療に直接係るものについて記載してください。 ※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用(入院費、食事代、病衣代、文書料等)です。				
他院での注射や治療等の依頼の有無・院外処方の有無	有 注射や治療等の依頼先の医療機関名()			無	
注1 治療開始は、原則治療計画を立てた日、治療終了は、妊娠判定日または投薬終了日、治療を中止した場合は、中止の日を記入してください。採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日を記入してください。 注2 今回の妊娠について不育症治療を開始した日から出産(流産、死産等を含む)までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。 注3 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。					