

様式第2号（第5条関係）

黒部市不妊治療費助成金交付にかかる不妊治療等証明書

黒部市長あて

下記の方において体外受精・顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込みが極めて少ないと思われるため、体外受精・顕微授精を実施し、医療費を下記のとおり領収しました。

年 月 日

医療機関等の名称及び住所

主治医氏名

印

受診者名	男・女	生年月日	年	月	日
治療開始日における受診者の年齢（女性の場合）					歳
先進治療の有無		<input type="checkbox"/> あり（内容			<input type="checkbox"/> なし
今回の治療期間※		年	月	日	～ 年 月 日
今回の治療区分	該当する治療方法にチェックをつけてください。 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植を実施 <input type="checkbox"/> 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間隔をあけた後に胚移植を行うなどの治療方針に基づく一連の治療) <input type="checkbox"/> 以前に凍結した胚による胚移植を実施 <input type="checkbox"/> 体調不良等により移植のめどが立たず終了 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 (注)採卵に至らないケースは助成対象とはなりません <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（体外受精・顕微授精について連携医療機関名：				
	治療内容（				
保険診療を算定する施設基準を満たしている医療機関である（今回の治療が自由診療の場合もご記入下さい）				<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ

※女性の場合：排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

当該治療にかかる本人負担金額の内訳

期 間	保 険 適 用 診 療 分		保険適用外診療分の 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額	
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
年 月分	点	円	円
領収金額（医療機関分） 合計		円	円
院 外 処 方 の 有 無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （※下段に本人負担額をご記入願います）	
院外処方における本人負担額		円	

1. 上記治療内容に要した費用のみ記入ください。
2. 不妊診断のための検査費、胚凍結保存維持管理料は含みません。また食事療養費、文書料、差額ベッド代など治療に直接関係のない費用も助成対象ではありませんので、含まないでください。