

三春町不妊症治療費等証明書 (医療機関用)

年 月 日

三春町長 様

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

次のとおり、不妊症治療における生殖補助医療を実施し、本人負担額を受領したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	( )	( )
受診者生年月日	夫 年 月 日 ( 歳) ※年齢は今回の治療開始時点における年齢	妻 年 月 日 ( 歳) ※年齢は今回の治療開始時点における年齢
今回の治療方法	A ・ B ・ C ・ D ・ D ・ E ・ F ※該当する記号に○を付けてください	
	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 ※該当する番号に○を付けてください	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※採卵準備または凍結肺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 男性不妊症治療を行った場合は、その治療期間を記載してください 年 月 日 ~ 年 月 日	
今回の治療への保険の適用	該当する番号に○を付け、( )内を記載してください。(※肺移植術の算定回数) 1. 有 (保険適用 回目) 2. 無 (これまで保険適用で治療された回数 回)	
実施した先進医療の内容	(該当に☑) <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 着床前胚染色体異数性検査(PGT-A) <input type="checkbox"/> その他( )	
	(該当の場合☑) <input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関です。	
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
【今回の治療にかかった金額合計】今回の治療内容に応じて、①、②、③の該当する箇所に記入してください。		
①保険診療分	領収金額 円	
②自費診療分	領収金額 円	
③男性不妊治療分	領収金額 円	
院外処方及び他院での治療の有無	有 ・ 無	

- 三春町では不妊症治療による経済的負担の軽減を図るため、不妊症治療に関する費用の一部(保険診療分及び福島県不妊治療支援事業助成金該当治療分)を助成しています。
- 第三者の精子提供による人工授精、第三者の卵子・胚提供、代理懐妊については対象外となります。
- 文書料、入院費、食事代、凍結胚等の管理料、保存料等の直接的な治療費でないものは助成の対象に含まれません。

受給者番号