

様式第1号の2 (第7条関係)

受給者番号	
-------	--

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

代表者氏名

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))	妻	(年 月 日 (歳))
今回の治療内容		当該患者が、今回行った不妊症治療について該当箇所に☑し、記入してください。 <input type="checkbox"/> 採卵 ⇒ 薬品投与 <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 点鼻 <input type="checkbox"/> 注射) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 採精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植 ⇒ 薬品投与 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 妊娠の確認		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日 男性不妊症治療を行った場合は記載してください。 手術療法： 治療期間： 年 月 日 ~ 年 月 日		
不妊症治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の 医療機関名				
院外処方による投薬の有無		有 • 無		
領収金額	診療年月日		患者負担額	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	年 月		円	
	合計		円	

- 三春町では不妊症治療による経済的負担を図るため、不妊症治療に関する費用の一部を助成しています。不妊症治療のうち、令和4年4月から保険適用となった、生殖補助医療分についてのみご記入ください。
- 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、食事療養費標準負担額、個室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。