

様式第4号（第7条関係）

飛驒市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（またはその調剤）を実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

	氏名（ふりがな）	生年月日
対象者		年 月 日（ ）歳
配偶者		年 月 日（ ）歳
診断名	※可能な限り病名等具体的に記載してください。	
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日	
治療期間	年 月 日～	年 月 日
☆（治療中断がある場合）中断理由		
<input type="checkbox"/> 今回行った一般不妊治療および治療にかかる検査について、該当するものにチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査→一般不妊治療を行わなかった場合は、助成対象にはなりません。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 人工授精（ ）回 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（ ）回→体外受精及び顕微授精を目的とした場合は、助成対象にはなりません。 <input type="checkbox"/> その他：手術療法等に関しては（ ）内に詳細を記入してください。 []		
本人負担額の内訳	区分	実費負担額（医療機関徴収分）
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
合計	①	円

主治医証明に基づき一般不妊治療のため下記のとおり薬剤を処方し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

薬局の名称及び所在地
責任者氏名

本人負担額の内訳	区分	実費負担額（薬局徴収分）
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	年 月分	円
	合計	① 円

- 当該患者に関して行った一般不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く）に係るもののみご記入下さい。
 ※不妊症スクリーニング検査後、体外受精及び顕微授精の治療をおこなう場合は助成対象になりません。
 ※人工授精助成対象経費は、次に掲げるものとなります。
 - 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V等の感染症検査費用
 - 採精費（事前採取も含む）
 - 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（人工授精当日に採精することができない場合に限る。）
 - 精子の濃縮、洗浄等に要する費用
 - 排卵誘発のためのH C G注射に要する費用
 - 精子を子宮内に注入するために要する費用
 - 人工授精後、感染予防のために服用する抗生剤等に係る費用
- は当該項目にチェックしてください。
- 文書料や入院室料、差額室料、食事療養費等の直接治療に関わらない費用は含まないでください。
- 夫婦合算額をご記入ください。

飛驒市処理欄（医療機関は記入しないでください）

実費負担額の合計 円 ①+② 助成金額 円
 （表面の“医療機関徴収分”と、裏面の“薬局徴収分”の合計）
 （本人負担額の合計金額の2分の1とし、5万円が上限）