

阿波市スマイルファミリー不妊治療応援事業(生殖補助医療【保険診療】)受診等証明書

次の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これにかかる医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

	夫	妻
ふりがな		
申請者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)

保険診療で実施した治療

・実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものに☑をしてください。

・☑の治療にかかった費用のうち、自己負担額を記入してください。

入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等、直接治療に関係のない費用は、含めないでください。

回目の治療期間(※)	(開始)	年 月 日	～ (終了)	年 月 日
事業対象となる治療と自己負担額				
<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療				
診療年月	自己負担額(窓口負担額)		診療年月	自己負担額(窓口負担額)
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	円			

回目の治療期間(※)	(開始)	年 月 日	～ (終了)	年 月 日
事業対象となる治療と自己負担額				
<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療				
診療年月	自己負担額(窓口負担額)		診療年月	自己負担額(窓口負担額)
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	円			

回目の治療期間(※)	(開始)	年 月 日	～ (終了)	年 月 日
事業対象となる治療と自己負担額				
<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療				
診療年月	自己負担額(窓口負担額)		診療年月	自己負担額(窓口負担額)
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	円			

(※) 治療期間については今回の胚移植術に係る生殖補助医療の治療計画を作成した日を開始日とし、当該生殖補助医療の終了日までを記載してください。