様式第２号（第６条関係）

軽米町生殖補助医療に係る医療機関受診等証明書

年　　月　　日

軽米町長　様

医療機関（又は薬局）所在地
名　称
主治医（又は薬剤師）氏名

下記の者について、公的医療保険が適用される生殖補助医療（保険診療の生殖補助医療と併用して実施する先進医療を含む）を実施し、これに係る医療（調剤）費の本人負担額を下記のとおり領収したことを証明します。

受診者	夫	フリガナ		妻	フリガナ	
		氏　名			氏　名	
		生年月日	年　月　日（　歳）		生年月日	年　月　日（　歳）

今回の治療方法（該当するものに☑を付けてください。）	□体外受精　□顕微授精　□男性不妊　□その他（　　） ⇒男性不妊治療を行った場合　行った手術療法（　　）／精子回収　□有　□無
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日 ※採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を記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記入してください。 ※医師の判断に基づき治療を中止した場合でも、採卵に至らないケースを除き、助成対象とします。
実施した先進医療（該当するものに☑を付けてください。）	□ PICSI　□ タイムラプス　□ 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） □ 子宮内フローラ検査　□ SEET法　□ 子宮内膜受容能検査（ERA） □ 子宮内膜受容期検査（ERPeak）　□ 子宮内膜スクラッチ　□ IMSI □ 二段階胚移植法　□ その他（　　）
他院での治療及び院外処方の有無	□ 治療の一部を協力医療機関へ指示した　⇒協力医療機関名称（　　） □ 院外処方を指示した　※該当する場合のみ☑を付けてください。

区分	診療年月	今回の治療期間の医療機関（又は薬局）領収分		
		保　険　診　療　分		保険診療と併用して実施した先進医療分
		医療（又は調剤）費総額	本人負担額	
本人負担額の内訳	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
	年　月分	円	円	円
本人負担額　計				

※薬局のみご記入ください。　処方依頼のあった医療機関名（　　）

【備考】１　主治医がご記入（自署）ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。
２　入院に伴う差額室料、食事代、文書料等の費用は記載しないでください。