

白山市不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

(宛先) 白山市長

医療機関等

所在地

名称

代表者

電話番号

(署名又は記名押印)

次のとおり、不妊治療を実施し自己負担額を領収したことを証明します。

		妻			夫		
ふりがな							
受診者氏名							
生年月日(西暦)		年 月 日			年 月 日		
今回の証明に係る診療期間(西暦)		年 月 日 ~			年 月 日		
治療期間中に妻の年齢が43歳に達した場合、その治療の開始日*		年 月 日			(43歳未満)		
自己負担額の 内訳	区分	妻			夫		
		保険診療分		保険診療以外の 自己負担金額	保険診療分		保険診療以外の 自己負担金額
	診療点数	自己負担金額	診療点数		自己負担金額		
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
	年 月分	点	円	円	点	円	円
合計		点	円	円	点	円	円
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/>	タイミング療法(不妊相談)		<input type="checkbox"/>	薬物療法(内服・注射)		
	<input type="checkbox"/>	腹腔(子宮)鏡手術		<input type="checkbox"/>	人工授精		
	<input type="checkbox"/>	その他の手術()					
	<input type="checkbox"/>	検査()					
	<input type="checkbox"/>	その他()					
	<input type="checkbox"/>	※その他の手術、検査及びその他については、内容を必ず記入ください。					
<input type="checkbox"/>	体外受精		<input type="checkbox"/>	顕微授精			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有(薬局が発行する同証明書の添付が必要)			<input type="checkbox"/> 無		

※ 保険診療外の治療で、治療期間中に妻の年齢が43歳に達した場合、その治療の開始日が43歳未満の時、胚移植術及び妊娠の確認までの診療について1回限り助成できます。

注意事項

- 令和4年4月1日以降に受診した不妊治療(保険診療と併用して行う先進医療分は除く)に関する費用についてのみに記入してください。
- 診療月の翌月から1年以内に申請してください。
- 凍結保存維持管理料、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係ない費用は含めないでください。
- 治療開始以後、助成を開始した月から2年間助成を受けることができます。
- 貴医療機関が、生殖補助医療管理料の施設基準にかかる届出を行っている医療機関であること。

助成開始年月日 年 月 日

整理番号