

富良野市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

富良野市長 様

医療機関（又は薬局）の所在地  
名称

主治医（又は薬剤師） 氏名 印

次のとおり、生殖補助医療に関する治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費の本人負担額を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

夫	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
妻	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
治療の内容	A B C D E F 該当する記号（裏面注意事項1参照）に○を付けてください。		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
本人負担額の内訳	区分	医療機関（又は薬局）徴収分 ※保険診療のみ		本人負担額
		医療機関（又は薬局）費総額	高額療養給付額	
	4月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	5月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	6月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	7月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	8月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	9月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	10月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	11月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	12月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	1月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	2月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
	3月	円 <input type="checkbox"/> 該当有	円	円
合計	円	円	円	
領収金額		円（上記本人負担額の合計となります）		

※当該治療に関して行った生殖補助医療に係るもののみご記入ください。（一般不妊治療費や、個室料・食事代等治療に直接関係ない費用は含みません。）助成対象になる治療は、裏面記載のいずれかに相当するものです。

(注意事項1) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- A. 新鮮胚移植
- B. 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために、1～3週程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合）
- C. 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D. 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E. 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F. 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止  
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注意事項2) 排卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。