様式第２号（第６条関係）

不妊治療（先進医療）費受診等証明書

年　　　月　　　日

磐田市長

医療機関の名称及び所在地

電話番号

　　　　　　　　 主治医氏名

当医療機関は先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関であり次の受診者について、保険適用された不妊治療と併せて先進医療を実施し、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 夫 | 妻 |
| フリガナ |  |  |
| 受診者氏名 |  |  |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 年　　月　　日（　　歳） |
| 今回の治療期間  （保険診療） | 年　 　　月　 　　日　 ～ 　　 　　　年 　　　月　 　　日 | |
| 保険診療の回数 | 今回は　　　　　　回目の治療です。 | |

今回実施した先進医療について記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施した治療・技術  ※① 先進医療として告示された治療・技術であること。  ※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。 | 先進医療を実施した日 | 実施した先進医療の名称 |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |
| 年　　　　月　　　　　日 |  |

　今回実施した治療費（領収金額）を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療月 | 領収金額（保険診療分を含む） | 左記のうち、先進医療分 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 円 | 円 |
| 合計 | 円 | 円 |

↑ 上記金額が、助成対象です。

【注意事項】

・　令和５年４月１日以降に終了した治療について、記入してください。

・　助成の対象になる治療は、上記に記載されている先進医療のみです。

　全額自費で実施した不妊治療は対象外ですので、記載しないでください。

・　出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。

・　文書料、入院食事療養費、差額ベッド代など、直接治療に関係のない費用も対象外です。

・　一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。

　ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療を行わないと決定された場合は申請可能とします。