様式第２号（第６条関係）

不妊治療費受診等証明書

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

当医療機関は次の受診者について、保険適用された不妊治療を実施し、以下のとおり不妊治療に係る本人負担額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） |
| 今回の治療方法　※該当するすべてにレ点を記入してください。 | □一般不妊治療  □生殖補助医療（体外受精・顕微授精）  □生殖補助医療における男性不妊治療  □先進医療 | |
| 今回の治療期間  （保険診療） | 年　 　　月　 　　日　 ～ 　　 　　　年 　　　月　 　　日 | |
| 今回の治療内容について | 治療を中断した場合はその経過についても御記入ください。 | |

今回実施した不妊治療に係る領収金額をご記入ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 診療月 | 保険診療分 | | 先進医療分 |
| 保険点数 | 保険診療分本人負担額 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 年　　月分 | 点 | 円 | 円 |
| 合計 | 点 | 円 | 円 |

　【注意事項】

・　令和６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。

・　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。

・　助成対象となる不妊治療費用は、治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料等（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は対象外）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、実施した場合が対象です。（生殖補助医療の場合は胚移植までです。）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。