

様式第4号（第7条関係）

刈谷市生殖補助医療等助成金受診等証明書

次の者については、次のとおり生殖補助医療及びこれに付随して行った先進医療（調剤を含む。）を実施し、これに係る費用（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地 _____
 名 称 _____
 主治医氏名 _____
 診療科目 _____

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

受診者	1	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
	2	フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
生殖補助医療等の開始時の妻の年齢			歳		
今回の治療期間			年 月 日 ～ 年 月 日		
治療内容			☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E ☐ F A又はBの場合（ ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精）		
			☐ 男性不妊の手術（行った手術療法） ☐ 先進医療（ ☐ その他（		
妊娠の有無			☐ 有 ☐ 無	院外処方の有無 ☐ 有 ☐ 無	
本人負担額の内訳	区 分	診療分本人負担額		調剤分本人負担額	
		保険診療分	先進医療分	保険診療分	先進医療分
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	合計金額	① 円	② 円	③ 円	④ 円
領収金額（①～④の合計額）			円		

注1 当該受診者に関して行った生殖補助医療及びそれに付随して行った先進医療に係るもののみご記入ください。

2 「今回の治療期間」欄は、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、採卵準備前に男性不妊の手術による治療を行った場合で、精子が得られない等により採卵準備前に不妊治療を中止したときは、男性不妊治療を行った期間をご記入ください。

3 □は、該当項目にレ印を記入してください。

4 「治療内容」欄のA～Fは、それぞれ次に定めるものをいいます。ただし、採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象とはなりません。

A 新鮮胚移植の実施

B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3週間の間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療指針に基づく一連の治療をいう。）の実施

C 以前に凍結した胚による胚移植の実施

D 体調不良等により移植のめどが立たず治療を終了

E 受精できない場合又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止

F 採卵したが、卵が得られないこと又は状態のよい卵が得られないことによる中止

5 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

6 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、除いてください。