

## 西尾市生殖補助医療費等助成金支給に関する受診等証明書

下記の者については、次のとおり生殖補助医療又は生殖補助医療と合わせて行う先進医療(またはその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費[本人負担額]を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

㊟

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日
当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。 <input type="checkbox"/> 胚移植 ( )回 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術 <input type="checkbox"/> 先進医療 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 判定日: 年 月 日 ) *判定日が最終治療日			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有			
本人負担額の内訳	受診年月	「限度額認定証」利用月に○	医療機関徴収分	薬局徴収分
			保険診療分	保険診療分
			本人負担額①	本人負担額③
			先進医療に係るものの金額②	先進医療に係るものの金額④
	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
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 20px;"></div> 円 ( ①~④の合計額となります )		

- 注 1. 助成の対象となるのは、生殖補助医療(体外受精、顕微授精、男性不妊の手術等)と生殖補助医療と合わせて行う先進医療です。  
 ※文書料、食事代、個室料などの治療と直接関係のない費用は含まないでください。
2. 院外処方が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ、薬局の領収書の本人負担額を記入してください。
3. 妊娠の判定を行っていない場合は、治療期間の終了日が治療終了日となります。