様式第２号(第５条関係)

高岡市特定不妊治療費助成事業受診証明書

高岡市長　あて

下記の方について、特定不妊治療（体外受精又は顕微授精）以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる費用を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関等　　住所

名称

医師名

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
生年月日		S・H　　年　　月　　日（　　歳）		S・H　　年　　月　　日（　　歳）

① 今回の治療方法について（該当する記号に○をつけて下さい）

A　新鮮胚移植を実施

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　採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

（注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

②治療状況等について（該当するところに○をつけて下さい）

・妊娠反応（**有・無**）　　・胎嚢の確認（**有・無・不明**）　　・男性不妊治療の実施（**有・無**）

治療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日
領収金額	円
院外処方	□有　　□無

受診日	保険診療分		受診日	保険診療分	
	診療点数	本人負担金額		診療点数	本人負担金額
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
年　月　日	点	円	年　月　日	点	円
計　　円					

※　特定不妊治療に要した費用のみ記入ください。

※　入院時の差額ベッド代、食事療養費及び文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。

※　年齢や回数の制限により保険診療とならない場合、「診療点数」は空欄としてください。