

辰野町不妊治療費助成事業医療費等証明書

年 月 日

（宛先）辰野町長

医療機関（調剤薬局）所在地
 名称
 代表者署名又は記名押印
 電話番号

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

1 受診者等

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間（※1）	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術 <input type="checkbox"/> 先進医療（内容： ） <input type="checkbox"/> その他（内容： ）			
今回の治療結果（※2）	妊娠の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他（ ）			

※1 採卵準備、凍結胚移植又は手術等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、一般不妊治療（タイミング法・人工授精）を実施した場合は、複数回分の治療をまとめて記入することもできます。

※2 医師の判断等に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合も助成の対象となります。

2 領収金額内訳

治療年月	領収済自己負担額（※3）	内、保険適用と併用した先進医療分	限度額適用認定証や福祉医療費受給者証が掲示された場合は <input checked="" type="checkbox"/>	【町担当者記入欄】 交付申請対象額
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療証	円
合計	円	円		円

・この証明は医療機関（調剤薬局）が記入してください。

・医療機関、調剤薬局ごとに1枚提出してください。

※3 次に掲げる費用は含めないでください。

(1) 第三者の精子、卵子等を用いた生殖補助医療費用 (2) 入院食事療養費、差額ベッド代、文書料等直接治療に関係ない費用