坂町特定不妊治療支援事業申請に係る証明書

次の者は、特定不妊治療（体外受精，顕微授精，男性不妊治療）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，これに係る医療費の本人負担額を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関

住 所

電 話 番 号

医療機関名

代 表 者

印

(ふりがな) 受診者名前	夫	()	妻	()
受診者生年月日		(S・H) 年 月 日 (歳)		(S・H) 年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療方法・治療内容 (該当する番号及び記号に○をつけてください)	1 体外受精		2 顕微授精	
	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1～3周期の間隔を空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治療終了 E 受精できず，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，又は状態の良い卵が得られないため中止 その他 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが精子が得られない又は状態の良い精子が得られないため中止			
本人負担額等の内訳	医療機関徴収分（注1）			
	保険診療分		②保険診療以外の本人負担額（注2）	
	医療費総額	①本人負担額		
	円	円	円	
〔今回の治療に要した金額合計（①と②の合計額）〕				
		領収金額	円	

注1 当該患者に関して行った特定不妊治療に係るもののみ記入してください。

注2 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含めないでください。