

豊橋市生殖補助医療治療費補助金受診等証明書

下記の者については、過去の不妊治療の経過等を十分考慮し、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費等を下記の通り徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関の名称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療	<input type="checkbox"/> 初回治療 <small>(胚移植を伴う生殖補助医療を行うのが初めての場合に✓を入れてください)</small>		高額療養費 限度額適用 区分	ア・イ・ウ・エ・オ
	A B C <small>(注)参照 該当する記号に○を付けてください</small>		1. 体外受精 2. 顕微授精 <small>(A Bの場合、該当する番号に○を付けてください)</small>	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療結果	1. 妊娠成立 2. 妊娠せず 3. その他 () <small>(該当する番号に○を付けてください)</small>			
生殖補助医療費領収金額 (保険診療分) _____ 円 (先進医療分) _____ 円 合計 _____ 円				

※1 治療期間については、治療計画を作成した日等から治療終了日までを記載してください。

※ 治療終了後6カ月以内に申請が必要となりますので、期間内に証明書を交付してください。

(注) 補助対象となる治療は次のいずれかに相当するものに限りです。

- 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