

様式第2号（第8条関係）

四国中央市不妊治療助成事業受診等証明書（保険診療用）

年 月 日

四国中央市長 様

医療機関 所在地
名称
主治医氏名
(署名又は記名押印)

次の者に特定不妊治療を行い、治療に係る費用を領収したことを証明します。

妻の氏名 <small>ふりがな</small>		夫の氏名 <small>ふりがな</small>		
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日	
治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
保険診療に係る治療方法又は治療を中止した場合の理由	<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精） <input type="checkbox"/> 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精） <input type="checkbox"/> 以前に凍結した胚による胚移植 <input type="checkbox"/> 体調不良等により移植の目途が立たず治療を終了 <input type="checkbox"/> 受精できず、又は異常受精等により中止 <input type="checkbox"/> 採卵したが状態のよい卵が得られないため中止			
保険診療と併用して実施した先進医療に係る治療、費用及び院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（内膜スクラッチ法） <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	費用	円		
	院外処方の有無	□有 □無		
保険診療に係る受診年月及び本人負担額	受診年月	本人負担額	受診年月	本人負担額
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
合計金額	円			

備考 院外処方の有無について、有を選択した場合は、四国中央市不妊治療助成事業受診等証明書（様式第4号）を添付してください。