

四国中央市不妊治療助成事業受診等証明書（混合診療用）

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、治療に係る費用を徴収したことを証明します。

ふりがな 妻の氏名		ふりがな 夫の氏名	
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		
保険外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		
保険外診療となった理由	<input type="checkbox"/> 治療に当たり、国の先進医療会議で安全性、有効性等について審議中又は審議予定の医療技術等を併用したため （併用した医療技術等の名称 ） <input type="checkbox"/> 主治医の判断により、保険適用外の高度に先進的な生殖補助医療技術等を用いたため （用いた医療技術等の名称 ）		
保険外診療に要した費用	円		