

松阪市特定不妊治療費回数追加助成金 受診等証明書

下記の者については、特定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、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(署名又は記名押印)

【医療機関記入欄(主治医が記入すること)】

- 以下について確認し、間違いがなければ、レ点を記入して下さい。
- ☐ 下記の者が今回の治療までに実施した胚移植術の実施回数の合計が、保険診療における上限回数に達していることを確認しました。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療にかかる保険医療機関である。
- ☐ 今回の治療は保険外診療で実施しました。

(ふりがな) 受 診 者 氏 名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	年 月 日(歳)		年 月 日(歳)	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けて下さい		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
最初に保険診療で治療を開始した日 (回数リセットの場合はリセット後の初回)			年 月 日	
今回の治療までの回数			① 回	計 回 ※2
① 保険診療で実施した胚移植術の実施回数			② 回	
② 保険適用後回数追加助成の実施回数			③ 回	
③ PGT-A を含む特定不妊治療費助成の実施回数				
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る]			
	特定不妊治療費 領収金額 円			

※1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植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。

※2) 胚移植手術の「保険診療」回数に加え、三重県特定不妊治療費及び不育症治療費等補助金交付要領に規定する「保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業(第3条)」、「着床前胚染色体異常数性検査(PGT-A)を含む特定不妊治療費助成事業(第3条の2)」による助成回数合計について、記載してください(回数上限8回、ただし PGT-A 助成のみ場合は上限6回)

