

高取町生殖補助医療費助成金交付に係る受診等証明書

年 月 日

高取町長 様

医療機関

所在地：

名称：

医師名：

⑩

下記のとおり生殖補助医療を実施したことを証明します。

(ふりがな)				
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療回数	回目 ※1子ごとに計算してください。			
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
◎上記患者が、今回受けた生殖補助医療についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術（手術名： ）				
◎上記患者が、今回生殖補助医療と併用した先進医療についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <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"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> PICSI <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"/> その他（ ）				
院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ）				
受診年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
	保険診療分		②保険診療以外の 本人負担額	③本人負担額
	医療費総額	①本人負担額		
本人負担額の内訳	年4月分			
	年5月分			
	年6月分			
	年7月分			
	年8月分			
	年9月分			
	年10月分			
	年11月分			
	年12月分			
	年1月分			
	年2月分			
	年3月分			
今回の治療にかかった合計金額 領収金額 円 （上記本人負担額①+②+③の合計額）				

1. 生殖補助医療費及び生殖補助医療と併せて行った先進医療に係るもののみ御記入ください。
2. の該当項目をチェックしてください。
3. 証明書、診断書等に係る文書料、食事療養標準負担額、個室料その他治療に直接関係のない費用は含まないでください。
4. 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から転記ください。