

安城市生殖補助医療費助成に係る受診等証明書

次のとおり生殖補助医療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を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

(※)

\*医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)

助成対象となる治療期間・治療方法 ※1 (令和6年4月1日以降実施の保険診療)	本人負担額 (保険診療分のみ)	
	医療機関徴収分	薬局徴収分
年 月 ~ 年 月 【妊娠判定または治療終了日: 年 月 日】 * 治療区分: A・B・C・D・E・F・他 * 治療開始時の妻の年齢: ( 歳)	① 円	② 円
年 月 ~ 年 月 【妊娠判定または治療終了日: 年 月 日】 * 治療区分: A・B・C・D・E・F・他 * 治療開始時の妻の年齢: ( 歳)	③ 円	④ 円
[治療にかかった金額] (ア)	[今回の申請に係る文書料] (イ)	
領収金額 (上記①②の合計) 円	円 ( 月 日領収)	
領収金額 (上記③④の合計) 円		
[合計金額 (上記治療にかかった金額 (ア) + 文書料 (イ))] 円		

注1 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」に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

2 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。

3 貴医療機関における治療開始年月日は、今回妊娠を希望して治療を開始した日を記入してください。

4 事実上婚姻関係にある者にあつては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関するを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関するを記入してください。

5 治療を中断した場合は、1回当たりの治療期間の終了日が「治療終了日」となります。

※1 助成対象は、次のいずれかに該当するものです。

- 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 凍結した胚による移植を実施
- D 体調不良により移植の目的が立たず治療終了
- E 受精できず、または胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵したが、卵が得られない、または状態の良い卵が得られないため中止
- 他 男性不妊手術 (採卵準備前に行ったが、精子が得られない、または状態の良い精子が得られず治療中止も含む)

## 安城市生殖補助医療費助成に係る受診等証明書

次のとおり生殖補助医療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

### 医療機関記入見本

××年××月××日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

※主治医氏名が手書きでない場合は必ず押印してください。

(※)

\*医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

(ふりがな) 受診者氏名		( あんじょう たろう ) <b>安城 太郎</b>		( あんじょう はなこ ) <b>安城 花子</b>
生年月日		××年××月××日 (××歳)		××年××月××日 (××歳)

助成対象となる治療期間・治療方法 ※1 (令和6年4月1日以降実施の保険診療)	本人負担額 (保険診療分のみ)	
	医療機関徴収分	薬局徴収分
<b>R6年 5月 ~ R6年 8月</b> 【妊娠判定または治療終了日: R6年 8月 15日】 * 治療区分: <b>A</b> ・B・C・D・E・F・他 * 治療開始時の妻の年齢: ( <b>35</b> 歳)	⑤  <b>32,000</b>  円	⑥  <b>1,640</b>  円
年 月 ~ 年 月 日 【妊娠判定または <b>43歳未満が助成対象</b> 日】 * 治療区分: A・B・C・D・E・F・他 * 治療開始時の妻の年齢: ( 歳)	⑦	⑧
[治療にかかった金額] (ア)	[今回の申請に係る文書料] (イ)	
領収金額 (上記①②の合計) <b>33,640</b> 円	<b>2,200</b> 円 ( 9月 10日領収)	
領収金額 (上記③④の合計) 円	<b>35,840</b>	
[合計金額 (上記治療にかかった金額(ア)+文書料(イ))]		

今回の申請対象期間内の初回受診月・最終受診月をご記入ください。

この受診等証明書作成に係る文書料は助成の対象となります。ご記入ください。

- 注1 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」に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。
- 3 貴医療機関における治療開始年月日は、今回妊娠を希望して治療を開始した日を記入してください。
- 4 事実上婚姻関係にある者にとっては、「夫」の欄には事実上婚姻関係にある男性に関するものを、「妻」の欄には事実上婚姻関係にある女性に関するものを記入してください。
- 5 治療を中断した場合は、1回当たりの治療期間の終了日が「治療終了日」となります。

**※1 助成対象は、次のいずれかに該当するものです。**

- 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 凍結した胚による移植を実施
- D 体調不良により移植の目途が立たず治療終了
- E 受精できず、または胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵したが、卵が得られない、または状態の良い卵が得られないため中止
- 他 男性不妊手術（採卵準備前に行ったが、精子が得られない、または状態の良い精子が得られず治療中止も含む）