

様式第2号(第5条関係)

湖西市特定不妊治療費受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療を実施し、これに係る医療費（保健適用外分）として次のとおりの金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

主治医師名

保健医療機関記入欄

(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 (注1)	該当するものに○をつけてください。 () 採卵から胚移植まで () 胚移植のみ () 治療したが胚移植まで至らなかった () 男性不妊治療を併用した(手術名:)			
今回の治療経過	採卵、受精、胚移植、妊娠判定等の日程及び経過を記入してください。			
初回の治療開始日	年 月 日 (初回の治療開始時点の妻の年齢: 歳)			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (注2)			
領収金額 (今回の治療にか かった診療額合 計)	(注3) 全額自費診療に限ります。 男性不妊治療費を除く領収額 円 男性不妊治療費領収額(注4) 円			

(注1) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は補助対象となりません。

(注2) 治療期間については、排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入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記入してください。

(注3) 文書料、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。

(注4) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください(令和4年4月1日以降に開始する治療に限る)。