

様式第2号（第11条関係）

御殿場市不妊治療費用助成事業受診等証明書

次の者については、不妊治療が必要なため、次のとおり医療保険適用外の治療を実施したことを証明します。

年 月 日

御殿場市長 様

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

印

実施医療機関記入欄（太枠内は主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
<p>○ 当該患者が今回行った不妊治療について、該当する箇所を記入してください。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ タイミング療法 {実施 回 実施日:() ・ 未実施} ・ 排卵誘発法 {実施 回 実施日:() ・ 未実施} ・ 人工授精 {実施 回 実施日:() ・ 未実施} ・ 体外受精 {実施 回 実施日:() ・ 未実施} ・ 顕微授精 {実施 回 実施日:() ・ 未実施} ・ 手術療法 {実施 回 実施日:() ・ 未実施} ・ その他 () <p>○ 不妊治療を必要とした理由について記入してください。</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>				
今回の治療期間	年 月 日から 年 月 日まで			
○ 今回の治療内容（治療を中断した場合はその経過を含む。）について記入してください。				
今回の治療に係る医療保険適用外領収金額	円			
うち県規定人工授精に係る期間及び金額	年 月 日から 年 月 日まで 円			

(注1) 助成対象となる不妊治療費用は、医療保険適用外の治療費、検査料及び直接治療に必要な凍結保存料等（文書料、入院費、食事代、個室料等治療に直接関係のない費用を除く。）です。

(注2) 人工授精に係る金額には、次に掲げる費用を含みます。

- (1) 事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I V等の感染症検査費用
- (2) 採精（事前採取も含む。）費用
- (3) 精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存料（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に採取できない場合に限る。）
- (4) 精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用
- (5) 排卵誘発のためのH C G注射に係る費用
- (6) 精子を子宮内に注入するために要する費用
- (7) 人工授精後、感染予防のため服用する抗生剤等に係る費用