

新潟市不妊治療費助成事業受診証明書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

医療機関等※1 (主治医の自署又は記名押印)

所在地

名 称

主治医氏名

印

(保険薬局は代表者名または担当薬剤師氏名)

下記のとおり不妊治療を実施し、自己負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	()	生年月日	年 月 日
受診者住所			
年度	年度	年度中の治療期間	月 日 ~ 月 日
保険診療に要した総点数	点	ア 保険診療分の 自己負担額	円
イ 先進医療に係る 自己負担額	円	ア + イ 合計金額	円
自己負担等の内訳	保険診療分 ※不妊治療に係るもののみ記入		先進医療の 自己負担額
	区分	診療点数	負担金額
	4月分	点	円
	5月分		
	6月分		
	7月分		
	8月分		
	9月分		
	10月分		
	11月分		
	12月分		
	1月分		
	2月分		
	3月分		
不妊治療の内容 ※2	治療法の該当箇所にチェックし、実施回数を記入してください		
	<input type="checkbox"/> 検査 実施 () 回 <input type="checkbox"/> タイミング法 実施 () 回 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 実施 () 回 <input type="checkbox"/> 人工授精 実施 () 回 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 体外受精 実施 () 回 <input type="checkbox"/> 顕微授精 実施 () 回 <input type="checkbox"/> 融解胚移植 実施 () 回 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 実施 () 回	
	<input type="checkbox"/> 先進医療 (保険診療と併用) () に実施した医療技術名を記入してください ()		
妊娠の有無(複数可)※2	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 治療中止・中断 <input type="checkbox"/> 未確認 (有無は必ず記入)		
特記事項			

※1 院外処方薬の薬代に対する助成を希望する場合は、医療機関と保険薬局それぞれに証明書を作成してください。保険薬局の受診証明書のみでの申請はできません。

※2 保険薬局の場合は記載不要です。

裏面の記載をお読みください

【注意事項】

○助成対象となる治療は、下記の不妊治療です。

- ① 保険診療で受けた一般不妊治療・生殖補助医療
- ② 保険診療と併用した先進医療

○治療年度が同じであれば、受診証明書は1部でかまいません。体外受精や顕微授精を数回行っている場合でも、一連の治療ごとに受診証明書を分ける必要はありません。

○夫婦それぞれが治療を受けた場合は、それぞれに受診証明書を提出する必要があります。

○先進医療は、厚生労働省地方厚生局へ届出又は承認されている実施医療機関で受けた治療が対象です。

○治療費は、不妊治療に関する保険診療の治療費をいいます。入院時の食事代、差額ベッド代、文書料、交通費、処方箋によらない医薬品、その他直接不妊治療に関係ない費用は含みません。