様式第２号（第６条関係）

宮古市生殖補助医療に係る医療機関受診等証明書

下記の者について、生殖補助医療の必要が認められることから、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領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（治療に関する事項については主治医がご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者の状況 | | 夫（氏名・生年月日） | | 妻（氏名・生年月日） | |
| （　　　　年　　月　　日生　　　歳） | | （　　　 年　　月　　日生　　 歳） | |
| 今回の治療方法 | | １　体外受精　　　　２　顕微授精 | | | |
| 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 今回の治療期間 | | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　年　　　月　　　日  （治療開始日は、今回の治療における生殖補助医療実施計画書に同意をした日としてください。） | | | |
| 他院での治療及び  院外処方について | | １　治療の一部を協力医療機関へ指示した。　協力医療機関名称(　　　　　　　　　　　　)  ２　院外処方を指示した。  ( 該当する場合のみ、番号に〇を付けてください。) | | | |
| 区分 | 診療年月 | 医　療　機　関　領　収　分（生殖補助医療費）  ※男性不妊治療費の金額は裏面に記入してください | | | 薬　局　領　収　分 |
| 保　険　診　療 | | | 院外処方本人負担額  （※市記載欄） |
| 医療費総額 | 本人負担額 | |
| 本人負担額の内訳 | 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 小　計 |  |  | |  |
| ※市記載欄 | | ※生殖補助医療に関する本人負担額合計    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |
| 区分 | 診療年月 | 医　療　機　関　領　収　分（男性不妊治療費）  （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載してください） | | | 薬　局　領　収　分 |
| 保　険　診　療 | | | 院外処方本人負担額  （※市記載欄） |
| 医療費総額 | 本人負担額 | |
| 本人負担額の内訳 | 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 年　月分 |  |  | |  |
| 小　計 |  |  | |  |
| ※市記載欄 | | ※男性不妊治療に関する本人負担額合計    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | | |

　※入院時の差額室料代、食事代、文書料、物品代、栄養補助食品代その他生殖補助医療

に直接かかわらない費用は含まないでください。