

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(保険診療の生殖補助医療と併用して実施する先進医療を含む)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○を付けてください。)					
区分	診療年月	医療費総額	本人負担額 ※1	保険診療と併用して実施した先進医療分	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 ※限度額認定区分又は限度額をご記入ください。確認できない場合は未確認に☑してください。	薬局領収分 (院外処方本人負担額) ※市記載欄
本人負担額の 内訳	生殖補助医療 (妻の治療)					
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
	(妻)合計額	円	円	円		円
	男性不妊治療 (夫の治療) ※2					
	年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円
年 月分	円	円	円	適用区分()又は 限度額()円 <input type="checkbox"/> 未確認	円	
(夫)合計額	円	円	円		円	
保険診療と併用して実施した先進医療に係る治療 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	保険診療と併用して先進医療を実施した場合、実施した先進医療技術名を記載してください。 []					

◎証明書作成に係る説明事項

※1 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。

※2 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載してください。