様式第2(第6条関係)

不妊治療に係る交通費の一部助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費【本人負担額】を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

国　頭　村　長　　様

　医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受 診 者氏名 | | 夫 |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 妻 |  | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | |
| 貴医療機関における治療開始年月日 | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 今回の治療期間 | | | | | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| ○当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。  □　不妊症スクリーニング検査(　　　　回)　　　　　□　精液検査（　　　　回）  □　タイミング療法（　　　　回）　　　　　　　　　□　精巣検査（　　　　回）  □　排卵誘発法（　　　　回）　　　　　　　　　　　□　人工授精（　　　　回）  □　手術療法（手術方法　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| ・院外処方の有無（　□有り　・□無し　） | | | | | | | | | | | |
| 本人負担額の内訳 | 区　分 | | | 医療機関徴収分 | | | | | | | 薬局徴収分 |
| 保険診療分 | | | | | 保険診療以外の本人負担額② | | 本人負担額③ |
| 医療費総額 | | 本人負担額① | | |
| 年　４月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　５月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　６月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　７月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　８月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　９月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　10月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　11月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　12月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　１月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　２月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 年　３月分 | | |  | |  | | |  | |  |
| 【今回の治療にかかった金額合計】  領収金額　　　　　　　　　　　　　　円  （上記本人負担額①～③の合計額となります。） | | | | | | | | | | | |

注１　当該患者に関して行った不妊治療（体外受精及び顕微授精を除く。）に係るもののみ御記入ください。２　□は該当項目をチェックしてください。

３　院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

　４　文書料、食事療養費標準負担額、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。

様式第2(第6条関係)

不妊治療に係る交通費の一部助成事業受診等証明書

　下記の者については、生殖補助医療(体外受精及び顕微授精)以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて少ないと思われるため、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徴収したことを証明します。

年　　月　　日

国　頭　村　長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関の名称及び所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

　　医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (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) |
| 今回の治療方法 | A　B　C　D　E　F  　該当する記号(注参照)に○を付けてください。 | | 1　体外受精　2　顕微授精  　該当する番号に○を付けてください。 | |
| 今回の治療期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 | | | |
| 領収金額 | 今回の治療にかかった金額(保険適用となる診療に限る。)  領収金額　　　　　　　　　　円 | | | |

※　この証明書を沖縄県外の医療機関が発行するときは、当該医療機関所在地の都道府県の自治体の長が生殖補助医療を実施する医療機関として指定したものであることを証明する書類を添付すること。

|  |  |
| --- | --- |
|  | (注)助成対象となるのは次のいずれかに相当するものです。  A　新鮮胚移植を実施  B　採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)  C　以前に凍結した胚による胚移植を実施  D　体調不良等により移植のめどが立たず治療終了  E　受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常等による中止  F　採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止  (注)採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象になりません。 |