

受給者番号（村記入）	
------------	--

西郷村不妊治療費受診等証明書

年 月 日

西郷村長

所在地
 名称
 主治医氏名
 電話番号

次の方について、不妊治療を実施し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受給者氏名 生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
	一般	1 タイミング法 2 人工授精 (該当番号に○)		
治療 方法	特定	A B C D E F 該当する記号に○を記入してください(※1)		
		A 又は B の場合 (該当する番号に○) 1 体外受精 2 顕微授精		
治療期間※2	年 月 日から 年 月 日まで※2			
今回の 治療結果	該当する番号に○をつけてください。 1 妊娠した 2 妊娠せず 3 治療中止 4 その他 ()			
※特定不妊治療の場合 今回の治療への 保険適用	該当する番号に○をつけてください。(胚移植術の算定回数) 1 有 (回目) 2 無 (これまでの保険適用で治療された回数 回)			
領収金額の内訳	保険診療用領収金額			円
	自費用領収金額			円

- ※1 A 新鮮胚移植実施
 B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵、受精卵、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3週間程度の間隔をあげ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 授精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子などの異常授精等による中止
 F 採卵した卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
- ※2 治療開始は、令和4年4月1日以降の日付をご記入ください。

また、不妊検査の日又は採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日から治療終了日までを記入してください。

採卵に至らないケース（助成への侵襲的治療のないもの）、夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療、代理母、借り腹による治療は助成の対象となりません。

※3 次の費用は含めないでください。

食事療養標準負担額、個室料、文書料等の費用

処方箋によらない医薬品等の費用

※4 医療機関からは、次の書類を対象者にお渡しください。

・西郷村不妊治療費受診等証明書（様式第2号）（本様式）

・西郷村不妊治療費領収金額明細書（保険診療用）（様式第3号）

・西郷村不妊治療費領収金額明細書（自費用）（様式第4号）

※様式第2号及び様式第4号は医療機関発行の明細書