和歌山県一般不妊治療費助成

一般不妊治療医療機関受診等証明書

年　　月　　日

みなべ町長　　様

医療機関等
所在地
名称
代表者氏名
電話番号

下記のとおり、一般不妊治療を実施し本人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		男・女	生年月日	年　　月　　日
貴医療機関における一般不妊治療開始年月日				
年　　月　　日　～				
(　　)年度における診療期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日		
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）金額		円
保険診療以外の治療に係る本人負担（領収）金額 （ただし、体外受精、顕微授精及び和歌山県不育症検査費助成対象検査を除く。）				円

本人負担額の内訳	区　分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	年　4月分	点	円	円
	年　5月分	点	円	円
	年　6月分	点	円	円
	年　7月分	点	円	円
	年　8月分	点	円	円
	年　9月分	点	円	円
	年１０月分	点	円	円
	年１１月分	点	円	円
	年１２月分	点	円	円
	年　1月分	点	円	円
	年　2月分	点	円	円
	年　3月分	点	円	円

治療の内容		
	□不妊症	□　検査（検査名：　　）
		□　タイミング療法（不妊相談）　□　薬物療法（内服・注射）
		□　手術（　　）　□　人工授精
		□　その他（　　）
	□不育症	□　検査（検査名：　　）
		□　薬物療法（内服・注射）　□　手術（　　）
		□　その他（　　）

院外処方の有無	□　有り	□　無し	
妊娠成立の有無	□　有り	□　無し	□　未確認
出産の有無	□　有り	□　無し	□　未確認

1　一般不妊治療（不妊検査、タイミング療法、人工授精、不育症検査及び治療）に関する費用についてのみご記入ください。和歌山県が助成する不育症検査、体外受精及び顕微授精（生殖補助医療）は対象外です。

2　入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

3　治療開始以後（治療開始後の出生又は妊娠１２週以降の死産により助成期間のリセットをした場合は当該助成期間のリセット以後）、助成を開始した月から２年間（２４か月）助成を受けることができます。

4　医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）