様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

津和野町長　様

医療機関の名称及び所在地

医師名

不妊治療等に関わる医療機関証明書

以下の者については、不妊の治療が必要であること（又はあったこと）を証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 夫 |  | | |  | | | | 妻 |  | |  |
| 生年月日 | | | 年　月　日 | | | | 生年月日 | | 年　月　日 |
| 主たる検査 | | | (夫) | | □精液検査 | | □その他　（　　　　　　　　　　） | | | | |
| (妻) | | □ホルモン検査  □クラミジア抗体検査 | | □子宮卵管造影  □その他　（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 治療内容 | 一般 | | 【初回受診　　年　　月　　日】 | | | | | | | | |
|  | | □タイミング療法　（実施　　回）  □排卵誘発法　　　（実施　　回） | | | | | □人工授精　　　　（実施　　回）  □その他（　　　　　　　　　　） | |
|  | |  | | | | |  | |
| 生殖  補助  医療  (注1) | | 【治療開始　　年　　月　　日～治療終了　　年　　月　　日】  ※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。 | | | | | | | | |
|  | | □保険診療  □保険診療と併用される先進医療  ➡□当医療機関は実施した先進医療について実施医療機関として届け出済みである | | | | | | |
| 不育症 (注2) | | 【治療開始　　年　　月　　日～治療終了　　年　　月　　日】 | | | | | | | | |
|  | | □抗血小板療法 | | □抗凝固体療法 | | | | |
|  | | □ホルモン療法 | | □免疫抑制療法 | | | | |
|  | | □漢方療法 | | □その他　（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 【不育症治療を必要とした理由（既往歴等）】  ※助成金の交付は流産・死産の既往がある場合に限ります。ただし、人工妊娠中絶は既往歴に含みません。 | | | | | | | | |
|  | | □流産（　　　回） | | □死産（　　　回） | | | | |
| 理由（既往歴等） | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| 領収金額 | | | 【今回の治療にかかった額の合計】(注3) | | | | | | | | |
| 保険診療分領収金額　　　　　　円 （うち先進医療にかかる経費　　　　　　円） | | | | | | | | |
| ※今回の治療期間内において治療に直接かかるものについて記載してください。  ※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用（入院費、食事代、病衣費、文書料等です。） | | | | | | | | |
| 他院での注射や治療等の依頼の有無 | | | | | | 有　 注射や治療等の依頼先の医療機関名（　 　　　　　　　　　） | | | | | |
| 無 | | | | | |
| 院外処方の有無 | | | | | | 有　　　・　　　無 | | | | | |
| 特記 事項 | | | | | |  | | | | | |
| 注１ | | 治療開始：原則治療計画を立てた日　/治療終了：妊娠判定日又は投薬終了日  ※治療を中止した場合は、中止の日を記入 | | | | | | | | | |
| 注２ | | 今回の妊娠について不育症治療を開始した日から出産（流産・死産を含む）までの期間を記入してください。なお、妊娠前の検査・治療については治療期間に含みません。 | | | | | | | | | |
| 注３ | | 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象になります。 | | | | | | | | | |