様式第２号（第５条関係）　　医療機関等用

立山町不妊治療費助成事業受診証明書

年　　月　　日

立山町長　様

医療機関等　所　在　地
名　　称
主治医氏名
電 話 番 号　　－　　－

下記のとおり、受診者に対し不妊治療等を実施したことを証明します。

受診者氏名		男 女	生 年 月日	年　　月　　日
今回の治療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
今回の治療方法	□体外受精　□タイミング法 □顕微授精　□人工授精 □男性不妊治療　□検査（不妊治療等を伴わない不妊症を診断するための検査を除く） □その他（　　）			
【今回の治療内容（特記事項があれば記入してください）】				
妊娠反応	□有　□無			
院外処方	□有　□無			
限度額適応認定証の確認	□有　□無			

本人負担額の内訳	対象診療年月	保険診療分		保険診療以外の本人負担額
		保険診療点数	左記の本人負担額	
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	年　　月分	点	円	円
	合　　計	点	円	円

注１　当該受診者に関して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。
２　□は該当項目にチェックしてください。
３　診療月ごとに額を記入してください。
４　入院時の食事代、文書料及び差額ベッド代等の不妊治療に直接関係のない費用は助成の対象となりません。
５　保険診療以外の本人負担額は、下記の理由に該当する場合のみ助成の対象となります。下記の理由により発生した金額のみ記載してください。
【保険診療とならない理由】
①　保険診療の回数制限に達したため
②　体外受精及び顕微授精の治療で治療開始日が令和４年３月 31 日以前で令和４年４月１日から令和５年３月 31 日までに治療が終了したため（②については、旧の様式に記載しても可）