

長野県不妊治療(先進医療)費用助成事業受診等証明書

下記のとおり、長野県不妊治療(先進医療)費用助成事業の対象となる治療を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称
所在地
電話番号
主治医氏名

【主治医記入欄】

各項目について確認し、□にレ点を入れてください。

- 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。
- 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と合わせて実施しました。
- 患者は以下のいずれかに該当することを確認しました。(該当するものに○を付けてください)
 - i 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること(法律婚)
 - ii 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること(事実婚)

	夫	妻	
ふりがな			
受診者氏名			
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日(歳)	昭和・平成 年 月 日(歳)	
今回の治療(※1)	<input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止	先進医療 併用ステップ	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
実施した先進医療	<input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET 法) <input type="checkbox"/> 二段階移植法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) <input type="checkbox"/> ()	
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
患者負担額	円(裏面の②の金額と一致させてください)		

注) 次の費用は助成の対象となりません。

- ・食事代、文書料等直接治療に関係ない費用
- ・出産(流産・死産を含む)に係る費用
- ・他の地方公共団体で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用
- ・当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用 (裏面参照)

※1 採卵準備のための「薬品投与」又は凍結胚移植のための「胚の解凍」から「妊娠の確認」等に至るまでの一連の治療を分けて申請することはできません。一回の治療計画ごと受診等証明書を作成してください。ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は助成の対象となります。

保健所記入欄 受給者番号						
--------------	--	--	--	--	--	--

【医療機関欄】

年月日	妻氏名:()	
	患者負担額	
	領収金額 ①	①のうち 先進医療分
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
令和 年 月分	円	円
合計	円	② 円

*②の合計額を表面の「患者負担額(先進医療分)」に記入してください。

上記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日 医療機関の所在地
 名 称
 電話番号

※入院食事療養費、差額ベッド代、文書料等直接治療に関係ない費用は対象外です。

【助成の対象とならない費用】

「当県の他の助成制度等で助成されていた期間に係る治療(検査)の費用」について

・本事業の治療期間と同じ期間に行われた治療がある場合、助成が受けられるのは、いずれか一つとなりますので、ご注意ください。

例1:不妊治療期間中に不育症治療を行ったとして、本事業と不育症治療支援事業の両方の助成を受けることはできません。

例2:不妊治療終了後、不育症治療を行った場合は、本事業と不育症治療支援事業の両方の助成を受けることができます。