別記様式第2号（第6条関係）

板倉町不妊及び不育治療費助成事業医療機関受診証明書（ 一般 ・ 特定 ・ 男性 ・ 不育 ）

（医療機関が2か所以上の場合は、別に本書類を作成してください）

板倉町長　様

申請者記入欄	ふりがな 治療者氏名		生年月日 （和暦）　　年　　月　　日
	ふりがな 配偶者氏名		生年月日 （和暦）　　年　　月　　日
	住所	〒374- 板倉町	連絡先電話番号

※申請者の今年度の治療について、下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	診療開始日	年　　月　　日	診断名	
	診療期間	年　　月　　日　～　　年　　月　　日		
	医療費 (1)　被保険者負担額			円
	医療費 (2)　保険診療適用外負担額			円
	医療費 (3)　受診者領収額（1）＋（2）			円

治療期間内の治療として、次の○印を実施しました。

1. 診察　　2. 検査（頸管粘液検査・性交後検査・精液検査等）　3. ホルモン治療
4. 処置（卵管通気検査・子宮卵管造影検査・腹腔鏡検査等）　　5. 人工授精
6. 体外受精又は顕微授精
   A. 新鮮胚移植を実施
   B. 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後・胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけ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. 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精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
7. 男性不妊（手術療法：TESE・MESA・PESA・その他（　　）を実施）
8. 不育症（検査:　　）　薬物療法（内服・注射）　手術（　　）
9. その他（　　）

上記のとおり、証明します。

年　　月　　日　　医療機関　所在地・名称・主治医氏名

印

保険薬局記入欄	薬剤費 (1)　被保険者負担額		円
	薬剤費 (2)　保険診療適用外負担額		円
	薬剤費 (3)　受診者領収額（1）＋（2）		円

上記のとおり、証明します。

年　　月　　日　　保険薬局の住所・氏名又は名称

印