

長野市不妊治療を希望する方の応援事業受診等証明書

年 月 日

所在地
医療機関
主治医氏名

次の者については、生殖補助医療以外の不妊治療によっては、妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記載欄（主治医が記載してください。）

	夫	妻
ふりがな 受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
生殖補助医療の内容	A B C D E F 別図のうち該当する治療方法 の記号に○印を記載	1. 体外受精 2. 顕微授精 左欄のA又はBの場合、該当 する番号に○印を記載
治療方法がCの場合は、移植した受精胚が作られた日を記載 _____年 _____月 _____日にできた受精胚を移植しました。		
男性不妊治療を行った場合は、手術療法及び生殖補助医療（採卵・胚移植）を実施する医療機関名を記載 手術療法 1 TESE 2 MESA 3 その他（ _____ ） 指定医療機関 _____		（精子回収の有無に○印を記載） 1. 有 2. 無
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日
補助対象 治療費	総医療費（10割）	_____円
	一部負担金（3割）	_____円

注

- 1 助成対象となる治療は、医療保険の適用となる治療に限ります。
- 2 助成対象の医療費には、医療保険の適用となる文書料、管理料等の経費に限り含めることができます。
- 3 検査費用については、長野県妊活健診（不妊検査）費用助成事業の対象となる不妊検査は含めることができません。
- 4 生殖補助医療のうち採卵に至らないもの（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。