

大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）に関する 受診証明書の作成における留意事項

大和高田市不妊治療費助成金（生殖補助医療等分）に関する受診証明書

(医療機関)所在地

名称

次のとおり生殖補助医療等を実施したことを証明します。

受診者(夫)	フリガナ (氏名)	(生年月日)
受診者(妻)	フリガナ (氏名)	(生年月日)
治療期間の初日	年 月 日	治療期
治療期間	年 月 日から	
過去の治療歴	これまでの胚移植回数	回(今回申請分を除く)

治療期間の初日とは、治療計画を作成した日を意味します。治療計画を作成しない場合は、採卵準備または凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日をご記入ください。
治療期間の初日が令和7年3月31日以前のもは助成対象外です。

治療期間とは、治療計画を作成した日（治療計画を作成しない場合は、採卵準備または凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日）から医学的に当該生殖補助医療が終了した日（原則妊娠判定日）を意味します。

大和高田市では、本市に住民登録されている期間のみ助成対象としていますので、治療期間中に他市町村に異動していないことを本人から確認のうえご記入ください。

異動している場合は、異動日の前日までの期間が治療期間になります。

治療内容	本人負担額
生殖補助医療 区分(A・B・C・D・E・F・I) 裏面②をご確認の上で該当する記号に「○」を記入し <input type="checkbox"/> 保険適用 <input type="checkbox"/> 保険適用回数超過 (1回目・2回目)	_____円 (保険収載治療内容分) 男性不妊治療を除く、保険収
先進医療 区分() 裏面③をご確認の上で該当する番号を記入してくだ	_____円
男性不妊 区分() 裏面④をご確認の上で該当する番号を記入してくだ	_____円
本人負担額合計(裏面⑤をご確認ください。)	_____円

【生殖補助医療】

治療内容と一致する区分に○を付けてください。

例えば、新鮮胚移植の治療を受けた人が、胚移植前に大和高田市外に転出されていた場合は、治療期間は治療期間の初日から転出日の前日までとなり、治療期間中に胚移植を受けていないこととなりますが、区分は「A」の新鮮胚移植を実施となります。

その際の本人負担額は、転出日の前日までの治療で負担した額となりますのでご注意ください。

つまり、治療内容の区分は大和高田市民である期間にかかわらず受診証明書裏面の②のなかで該当するものを選択し、本人負担額は大和高田市民である期間に受けた治療の負担額を記入してください。

【先進医療及び男性不妊】

治療期間（本市に住民登録されている期間に限る）に実施した治療を受診証明書裏面③及び④を参照の上で、該当する記号とその治療で本人が負担した額を記入してください。

作成にあたって不明な点がございましたら大和高田市保健センターまでお問い合わせください。

受付時間 平日8時30分～17時15分 TEL：0745-23-6661