

通院状況確認書

氏名 _____ (居住市町村名 天栄村) (年 月 日生 歳)

治療の種類	A B C 治療中止 (D~F) (該当する記号 (※注1) に○を付けてください)
-------	---

通院した 医療機関	医療機関名	所在地
		〒

治療期間 (治療期間に該当するのは採卵準備又は胚移植を行うための投薬開始～妊娠確認までです) ※治療計画作成を行った場合は作成の日を含む	
--	--

回数	受診日
1	年 月 日
2	年 月 日
3	年 月 日
4	年 月 日
5	年 月 日
6	年 月 日
7	年 月 日
8	年 月 日

原則、下記項目すべてに✓がつく方が助成対象となります。

- 治療開始時において婚姻 (事実婚含む) していますか
- 受診初日から申請時まで本村に居住していますか
- 治療は顕微授精、体外受精ですか
- 申請時点で一連の治療が終了していますか
- 領収書、請求書、明細書の日付と受診日が一致していますか
- 1回目の通院は「治療計画の作成」又は、採卵又は移植準備のための「薬品投与」以降の治療を行うためのものですか
- 最後の通院の際に「1回目の妊娠確認」を行いましたか (治療中止や治療途中で他市町村に居住地を移した場合 (※注2) 等、妊娠確認を行っていない場合はチェック不要)

※注1 アルファベットで表される治療ステージは下記のとおりです。

- A 採卵から新鮮胚移植を実施
- 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一定の期間をあけた後に胚移植を行う治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施

※注2 他市町村に居住地を移した場合、助成対象となるのは本村に居住していた期間のみとなります。

(留意事項)

- ・ 治療を受けた本人のみが助成対象となります。同行者分は助成対象外です。
- ・ 診察を行わない薬や処方箋の受け取りや、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。
- ・ 令和7年3月31日以前の通院は助成対象外です。

この様式は申請者本人が記入するものです。医療機関に記入を依頼する必要はありません。