

通院状況確認書

氏名 (年 月 日生)

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

通院した 医療機関	医療機関名	所在地
		都 道 府 県 市 区

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

【申請額】

通院回数 基準額 申請額

() 回 × () 円 = () 円

【基準額】※福島市生殖補助医療交通費支援事業実施要綱 別表より

郡山市	会津若松市	いわき市	宮城県	山形県	新潟県	茨城県	栃木県	東京都・その他
1,000	2,000	3,000	2,000	2,000	4,000	6,000	2,000	7,000

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
- ☐ 受診日の初日から最終日までの間、福島市に住民登録がありますか（※注2）
- ☐ 治療は顕微授精または体外受精ですか
- ☐ 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
- ☐ 申請時点で一連の治療が終了しており、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 治療期間の途中で他市町村に住民登録を異動した場合、助成対象となるのは福島市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。
- 診察を行わない処方箋や薬の受け取り、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。

この書類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。