

大子町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

（フリガナ） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療方法	A B C D E F 男性不妊治療のみ 該当する記号(注参照)に○をつけてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する記号に○をつけてください	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください （ ）		精子回収の有無 1. 有 2. 無	
妊娠の有無	有 ・ 無			
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ～ 年 月 日（妊娠確認又は治療を中止した日） （男性不妊治療分） 年 月 日 ～ 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録番号	有 → 症例登録番号 ※2		無	
領収金額	【今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る】 ※入院室料、食事療養費、凍結された精子・卵子・受精卵の管理料(保管料)及び文書料は助成対象外です。 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く） 領収金額 円 男性不妊治療費 領収金額 円			
備考 ※3				

※1 治療期間については、排卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。登録途中により番号を記入できない場合は、「有」に○をつけ、「登録中」と記載してください。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で治療を行った場合は、主治医が患者からその領収書の提出を受け、主治医がその医療機関の名称と領収金額を記載してください。（男性不妊治療や院外処方など）

（注）助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- 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周期程度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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
  - F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
- ※ 採卵に至らないケース（助成への侵襲的治療がないもの）は助成対象とはなりません。ただし、採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合に限り、採卵をしていなくても助成の対象とします。