

様式第2号（第6条関係）

特定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、又は極めて薄いと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとお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（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日生 ( 歳)		年 月 日生 ( 歳)
今回の治療方法 (該当する記号に○ を付けてください)	A B C D E F			A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精
	男性不妊治療を行った場合は、以下を記載してください。 手術療法： 手術日： 年 月 日 精子回収： 1有・2無			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	症例登録番号 有 →			無
領収金額	[今回の治療にかかった合計金額] 領収金額 _____ 円			

(注1) 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。なお、採卵に至らないケース(女性への侵襲的な治療のないもの)は助成対象となりません。

- A 新鮮胚移植を実施したもの
  - B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施したもの(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期の間隔を空けた後に胚移植を行う治療方針に基づく一連の治療)
  - C 以前に凍結した胚による胚移植を実施したもの
  - D 体調不良等により移植のめどが立たないため治療終了したもの
  - E 受精ができず、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り中止したもの
  - F 採卵したが卵が得られない又は状態の良い卵が得られないため中止したもの
- ※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、又状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。