

不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか、極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記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

所在地

主治医の氏名

印

医療機関の記入欄(主治医が記入すること)

受診者氏名 生年月日	夫	ふりがな	妻	ふりがな
		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の 治療方法/ 治療内容	1. 生殖補助医療 (ART) 該当する記号に○を付けてください。(裏面を参照) A ・ B ・ C ・ <u>D</u> ・ <u>E</u> ・ F ※A、B、D、Eの場合は以下に○を付けてください。 ①体外受精 ②顕微授精			
	2. その他(先進治療等) (治療内容を以下に記載してください)			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療期間は年度をまたいでも構わない			
妊娠成立の有無	有 ・ 無			
保険適 対象外 領収年月日 領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日 円 (保険適応対象外の診療に限る) ※文書料や入院部屋料、室料差額、食事療育費等の直接治療に関わらない費用を除く			
院外処方	無 ・ 有 (日付:)			

※治療と処方薬の領収証、明細書を添付してください。

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り胚移植を実施
 - 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、または胚の分割停止、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、または状態のよい卵が得られないため中止
- (注) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は助成の対象となりません。