

## 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、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 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）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )		
	受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けて下さい		A B C D E 該当する記号（注参照）に○を付けてください			
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			今回の治療による 妊娠の有無		
				有	無	不明
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日					
領収金額 円						

(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、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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

(注) 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。