

不妊治療支援事業に係る受診等証明書

次の者については、体外受精又は顕微授精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、体外受精又は顕微授精を実施し、これに係る治療費を次のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

Ⓜ

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

受診者氏名	夫		妻	
受診者住所	夫		妻	※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要
受診者生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
子どもの有無	無	有 (1人 2人 3人 4人以上)		
過去の不妊治療期間		年 月 日～	年 月 日	
		年 月 日～	年 月 日	
		年 月 日～	年 月 日	
今回の治療方法	該当する番号すべてに○をつけてください (注参照) 1 2 3 4 5 6		該当する番号に○印をつけてください。 1 体外受精 2 顕微授精	
今回の治療期間	年 月 日 ～		年 月 日	
	※治療を開始した日及び治療が終了した日については、裏面を参考にしてください。			
領収年月日	年 月 日 ～		年 月 日	
領収金額 (保険外診療分のみ抜粋し記入)	金		円 (税込)	

※ 医療機関発行の領収証を裏面に添付してください。

(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

- 1 新鮮胚移植を実施
- 2 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)
- 3 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- 4 体調不良等により移植のめどがたたず治療終了
- 5 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
- 6 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

(裏面)

○治療を開始した日及び治療を終了した日について

- ・採卵に向けた準備(ホルモン注射等)に始まり、受精、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・凍結胚の移植については、凍結胚の融解から開始され、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・医師の判断により、途中で中止(中断)された場合は、その時点で終期となります。

領収書添付