

特定不妊治療に係る受診等証明書

年 月 日

指定医療機関 所在地
 名称
 主治医氏名
 T E L

次の者については、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、また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次のとおり徴収したことを証明します。

指定医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)

| | | | | |
|------------------------------|---|----------------|---|----------------|
| ふりがな 受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
| | | 年 月 日生 (歳) | | 年 月 日生 (歳) |
| 今回の治療方法 | A B C D E F (該当する記号(注参照) に○を付けてください。) | | A または B の場合 1 体外受精 2 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。) | |
| | 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 () | | (精子回収の有無) 1 有 2 無 | |
| 今回の治療期間※1 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| (社)日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無 | 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) 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 | | | |

※1 治療機関については、採卵準備また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 (公社)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。

(注 1)助成対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです。

A：新鮮胚移植を実施

B：排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施

(排卵・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、多精子受精などの異常受精などによる中止

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

※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、また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も助成の対象となります。

(注 2)採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象になりません。

特定不妊治療に係る受診等証明書（男性不妊治療用）

次の者については、男性不妊治療を実施し、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

指定医療機関
所在地
名称
主治医氏名
TEL

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

| | | | |
|---------------|--|----------------|------------------------|
| ふりがな 受診者氏名 | 夫 | | |
| | | 年 月 日生 (歳) | |
| 今回の治療方法 | 行った手術療法を記載してください。 () | | (精子回収の有無) 1. 有 2. 無 |
| 今回の治療期間※1 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 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】 男性不妊治療費 領収金額 円 | | |

※治療期間については、男性不妊治療術を行った日を記載してください。

男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、また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も助成の対象となります。