

第2号様式（第7条関係）

受給者番号（市役所で記載）	—
---------------	---

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、生殖補助医療による不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又はきわめて少ないと思われるため、生殖補助医療による不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名



医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日 (※1)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F G ※該当する記号（注参照）に○を付けてください。		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。	
治療開始日（※2） (年 月 日)	□治療終了日 (年 月 日)		□現在、治療中	
領収金額	不妊治療に要した 費用（※3）	保険適用	領収金額	円
		保険適用外	領収金額	円

※1 治療開始日の年齢を記載してください。

※2 治療開始日については、治療計画を立てた日を記載してください。

※3 (1) 当該患者に関して行った体外受精、顕微授精又は男性不妊治療に係るもののみ記入してください。

(2) 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

(3) 院外処方がある場合、患者から支払った領収書の提出を受け、徴収金額を転記してください。

※助成の対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

A	新鮮胚移植（採卵・受精後、胚移植を行うことをいう。）を実施
B	凍結胚移植（採卵・受精後、胚を凍結し、胚移植を行うことをいう。）を実施
C	以前に凍結した胚移植を実施
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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等による中止
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
G	男性不妊治療（生殖補助医療の一環として行う、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術をいう。）を実施

備考

1 採卵に至らないケースは助成対象となりません。

2 採卵準備に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又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は対象となります。