

様式第2号（第6条関係）

不妊治療支援事業受診証明書

下記の者について、体外受精又は顕微授精を実施し、これに係る費用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

医療機関の住所

主治医氏名

印

受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日
	妻	氏名		生年月日	年 月 日
今回の治療法		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又は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。	
特定不妊治療を必要とした理由					
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額 (診療費等)	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	領収金額	円 うち、男性不妊治療（T E S E, M E S A等）に要した費用 (円) 男性不妊治療実施医療機関名 ()			

注1 治療法の記号は、次のとおりとする。

A 新鮮胚移植を実施

B 採卵から凍結胚移植に至るまでの一連の治療を実施（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いう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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等による中止

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

※ 採卵に至らないケースは、助成対象とならないものとする。

注2 診療費等とは、体外受精又は顕微授精に係る治療費、検査料及び直接治療に必要な受精卵の凍結保存料（入院費、食事代等不妊治療に直接関係のないものを除く。）をいう。

注3 特定不妊治療の一環として、精巣内精子生検採取法（T E S E）又は精巣上体精子吸引採取法（M E S A）等、精巣又は精巣上体から直接精子を採取する治療を実施した場合に、その費用を領収金額の内数として記載する。なお、指定医療機関以外の医療機関において、指定医療機関の医師の指導により行われた治療に要した費用については、指定医療機関において領収書等により確認のうえ、領収金額に含めて差し支えない。