

(様式第2号)

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。

平成 年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

受診者	夫	氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日
	妻	氏名	生年月日	昭和 平成	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 をつけてください)			
特定不妊治療を必要とした理由							
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
領収金額(診療費等)	領収年月日 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			領収金額 円			

(注) 診療費等は、体外受精及び顕微授精に関する治療費・検査料及び直接治療に必要な受精卵の凍結保存料をいう。したがって入院費、食事代等直接医療に関係の無いものは含まない。

(注) 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 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)
- 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(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。