

中間市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

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か、又は極めて少ないと診断したため、次のとおり治療を実施し、これに係る費用を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(ふりがな) 受診者氏名	( )	(ふりがな) 配偶者氏名	( )				
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)	配偶者生年月日	年 月 日 ( 歳)				
今回の治療方法	該当する 場合の区分	A	B	C	D	E	F
	※ 該当する記号（注意事項1を参照）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（いずれかに○を付けてください。）					
今回の治療期間	治療開始	年 月 日					
	※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						
	胚移植	年 月 日					
※今回の治療方法において、AからCまでの場合のみ記入							
	治療終了	年 月 日					
※原則として、妊娠判定日又は投薬終了日、治療を中止した場合は中止日							
症例登録番号 の有無	あり → 症例登録番号 _____ (日本産科婦人科学会UMI N個別調査票に登録した症例登録番号)					なし	
領収金額	今回の治療に要した額（保険外診療に限る。）					円	
他の医療機関 での注射等の 依頼の有無	あり → 医療機関名 ( )					なし	
院外処方の有無	あり ・ なし						
<p>○ 注意事項</p> <p>1 「今回の治療方法」の該当する場合の区分は、次のとおりです。</p> <p>A 新鮮胚移植を実施した場合</p> <p>B 採卵から凍結胚移植に至るまでの一連の治療を実施した場合（特定不妊治療を開始した時の治療方針において採卵及び受精からおおむね1周期以上3周期以下の期間を経過し、母体の状態を整えた上で胚移植を実施することを計画した場合であって、その方針に基づき治療を実施した場合をいいます。）</p> <p>C 今回の治療開始前に凍結した胚による胚移植を実施した場合</p> <p>D 体調不良等により移植のめどが立たず治療を中止した場合</p> <p>E 受精できないこと、又は胚が分割を停止し、変性し、若しくは多精子受精その他の異常受精をしたことにより治療を中止した場合</p> <p>F 採卵したが卵が得られず、又は状態の良い卵が得られないことにより治療を中止した場合</p> <p>2 採卵準備前に男性不妊治療を行った場合において、精子が得られないこと、又は状態の良い精子が得られないことにより治療を中止したときも助成の対象となります。</p> <p>3 1のC及び2の場合を除き、採卵に至らない場合は、助成の対象となりません。</p>							