

特定不妊治療受診医療機関証明書

年 月 日

（宛て）
鴨川市長

医療機関 所在地
名称
主治医の氏名 ⑧
電話 ()

次の者について、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。

| | | |
|---------------------------|---|---|
| 受診者 | 夫 | 妻 |
| | フリガナ 氏名 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 |
| 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。 |
| | 男性不妊治療を行った場合は、その手術療法を記入してください。 手術療法： | 精子回収の有無 有 ・ 無 |
| 今回の治療期間 （※1参照） | 年 月 日から | 年 月 日まで |
| 日本産婦人科学会の個別調査票の登録の有無 | <input type="checkbox"/> 有 → 症例の登録番号（※2参照）() <input type="checkbox"/> 無 | |
| 徴収金額（保険外診療に限る。） （※3参照） | 1 特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く。） 領収金額 円 2 男性不妊治療費（※4参照） 領収金額 円 | |

※1 治療期間については、採卵準備又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入してください。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入してください。

※2 日本産婦人科学会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。

※3 徴収金額については、入院費、食事代、文書料等の直接治療に関わらない費用を除きます。

※4 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む。）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収証の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。

注1 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周期から3周期程度の間隔を空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目途が立たず治療終了
- 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、又は状態の良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、又は状態の良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、助成対象となりません。