

# 特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、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また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  
および所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		平成 昭和 年 月 日（ 歳）		平成 昭和 年 月 日（ 歳）
今回の治療方法	A B C D E F		AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する記号(注参照)に○を付けてください。 該当する番号に○を付けてください。	
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日	
日本産婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号 ※		無	
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る。）〕 領収金額 円			

(※) 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。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです（採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は、助成対象となりません。）。

- 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（採卵・受精後、胚を凍結し母胎の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空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）を実施
- 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 授精できず、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 採卵した卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止

保健所記載欄

受給者番号		備考	
-------	--	----	--