

滝上町不妊治療受診等証明書

年 月 日

滝上町長

様

医療機関 所在地

名称

主治医名

下記の者について、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと診断し、次のとおり不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費を受領したことを証明します。

記

※医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫 () 年 月 日 (歳)	妻 () 年 月 日 (歳)	
今回の不妊治療 (※該当する項目に☑ をつけてください)	☐生殖補助医療 (先進医療を除く)	<ul style="list-style-type: none"> 体外受精 顕微授精 <p>A B C D E F</p> <p>※該当する治療の記号に○をつけてください（裏面注意事項1参照）</p> <p>男性の不妊治療</p> <ul style="list-style-type: none"> なし あり ※実施した手術療法 () <p>今回の治療期間（注1） 年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
	☐一般不妊治療	<ul style="list-style-type: none"> タイミング療法 排卵誘発法 人工授精 その他 () <p>今回の治療期間（注1） 年 月 日 ~ 年 月 日</p>	
	☐保険適用外の 不妊治療 (生殖補助医療を併 用して行った先進 医療を含む)	先進医療	<ul style="list-style-type: none"> なし あり ()
		上記以外に実施した保険適用外の不妊治療	()
	☐治療中断の有無	<ul style="list-style-type: none"> なし あり ※中断した場合はその経過について記入してください () 	
	☐特記事項（注2）	他の医療機関を紹介した場合、理由と医療機関名を記入してください ()	
領収金額	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
	・生殖補助治療費	領収金額 円	
	・一般不妊治療費	領収金額 円	
	・保険適用外の不妊治療費	領収金額 円	

(注1) 治療期間については、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬等を開始した日から治療終了日までを記載してください。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生殖補助治療終了日までを記載してください。

(注2) 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）で不妊治療を行った場合は、治療を行った医療機関ごとに証明書を発行してください。

注意事項1 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。

- 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周期程度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 採卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止
- ※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、または状態のよ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。