

不妊治療医療機関受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないか、又は極めて少ないと思われるため、不妊治療を実施し、これに係る医療費等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

医療機関記入欄(主治医が記入すること。) ※作成に当たっては注意事項をご確認ください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日および 今回の治療期間の初日の年齢		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療期間 ^{裏面※1}	年 月 日 ~ 年 月 日			
妊娠の有無 当てはまるものに○を付けてください	妊娠あり ・ 妊娠なし			
今回の治療内容 該当する番号に○ を付けてください。	1 保険適用の不妊治療 2 保険適用外の不妊治療 3 先進医療や審議中の技術と組み合わせて保険適用外で実施される不妊治療			
治療内容の詳細 該当するものに☑し、()内に医 療名を記載してください。	<input type="checkbox"/> 手術療法(内容) <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微鏡受精 <input type="checkbox"/> 先進医療(内容) <input type="checkbox"/> 審議中の技術(内容) <input type="checkbox"/> その他(内容)			
今回の治療方法 (体外受精・顕微鏡授精) 当てはまる記号に○を付けてください	裏面※2をご参照ください A B C D E F G H			
領収金額	(今回の治療にかかった自己負担額の合計) 領収金額 円 ※人工授精、先進医療、審議中の技術に要する費用も含む ※入院費、食事は対象外			
本人負担等の内訳	保険診療分(限度額適用認定証を利用した月は☑)			自己診療分
	区分	負担金額		負担金額
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
指定医療機関以外での検査・治療の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 医療機関名称			

(注) 様式第2号不妊治療医療機関受診等証明書を作成する場合
県助成対象外の治療(人工授精・先進医療(保険適用回数終了後)・審議中の技術・県助成上限
回数を超える治療)が含まれる場合に作成してください。

(注) 県助成を受けている場合は、県の受診等証明書の写しも必要です。

(裏面)

※1 治療期間については、一般不妊治療は検査開始等の日、生殖補助医療は採卵準備又は移植準備のための投薬開始等の日から治療期間終了日までを記載してください。

※2 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、または状態のよい卵が得られないため中止
- G 卵胞が発育しない、または排卵終了のため中止
- H 採卵準備中、体調不良等により治療中止