

天塩町特定不妊治療・男性不妊治療医療機関等証明書

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又は極めて少ないと思われるため、次のとおり特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
貴医療機関における治療開始年月日		平成 年 月 日		
今回の治療期間(1)		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
今回の治療方法	特定不妊	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または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	手術名	精子回収の有無 1. 有 2. 無	
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票登録 の有無		無 ・ 有 症例登録番号 日本産科婦人科学会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。		
(今回の治療にかかった金額(保険適用外)に限ります。文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。)				
		特定不妊治療費	領収金額	円
		(男性不妊治療費除く)		
		男性不妊治療費(2)	領収金額	円

1) 治療機関については、排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載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、排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載してください。

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書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

注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たたず治療終了
- 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、又は状態のよい卵が得られないため中止

注2 採卵に至らないケース(女性へ侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。