

多度津町特定不妊治療（生殖補助医療）費助成事業受診等証明書

次の者については、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、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。

年 月 日

指定医療機関名称および所在地

主治医氏名 印

電話番号（ ）

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫	年 月 日生（ 歳）		妻	年 月 日生（ 歳）	
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。)		
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日					
医療費及び 本人負担額 (保険診療分)	妻	診療月	医療費総額	保険者負担額 (高額療養費を含む)	本人負担額	
		年 月	円	円	円	
		年 月	円	円	円	
		年 月	円	円	円	
		年 月	円	円	円	
	(妻) 本人負担額合計 (A)					円
男性不妊治療を 実施した場合 ※3	夫	年 月	円	円	円	
		年 月	円	円	円	
	(夫) 本人負担額合計 (B)					円
領 収 金 額	先進医療治療費本人負担額 (C)				円	
	本人負担額合計 (A+B+C)				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特定不妊治療終了日までを記載してください。
- ※2 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外です。
- ※3 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) 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：排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（排卵・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なった場合）

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、多精子受精などの異常受精等による中止

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

(注) 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。