

特定不妊治療証明書

年 月 日

歌志内市長 様

医療機関等  
所在地  
名称  
主治医氏名  
電話番号

次のとおり特定不妊治療を実施したことを証明します。

|               |   |            |   |                      |
|---------------|---|------------|---|----------------------|
| ふりがな<br>受診者氏名 | 夫   |            | 妻   |                      |
| 受診者<br>生年月日   |   | 年 月 日 ( 歳) |   | 年 月 日 ( 歳)           |
| 今回の治療法        | A B C D E F<br>※該当する記号(注意事項1参照)に○をつけてください |            | A または B の場合<br>1. 体外受精 2. 顕微授精<br>※該当する番号に○をつけてください |                      |
|               | 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。           |            |   | 精子回収の有無<br>1. 有 2. 無 |
| 今回の治療期間(注1)   | 年 月 日 ~ 年 月 日                             |            |   |                      |
| 領収金額          | 今回の治療にかかった金額合計※保険適用とされているものに限る            |            |   |                      |
|               | ①特定不妊治療費(男性不妊治療を除く)                       | 領収金額       | 円   |                      |
|               | ②男性不妊治療費(注2)                              | 領収金額       | 円   |                      |
|               | ③文書料                                      | 領収金額       | 円   |                      |
|               | 合計(①+②+③)                                 |            |   | 円                    |

(注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。

(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他の医療機関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。

(注意事項1) 補助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

※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、又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。

(注意事項2) 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。