

池田町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴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

(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日 (治療開始時年齢)	夫 昭和 年 月 日 平成 (歳)	妻 昭和 年 月 日 平成 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○をつけてください	
	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○をつけてください (精子回収の有無) 1 有 2 無	
今回の経過(治療方法がA・B・Cの場合)	妊娠反応 (陽 性 ・ 陰 性)	
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち男性不妊治療 年 月 日 ~ 年 月 日)	
領収金額	【今回の治療にかかった金額合計】※保険診療に限る 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 領収金額 _____ 円 (※2)	

※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) 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終了した場合、男性不妊治療費のみ対象となります。

(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、母胎の状態を整えるためにおおむね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

(注2) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は特定不妊治療費助成の対象となりません。