

不妊治療費等助成事業医療機関証明書

年 月 日

和水町長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 ⑨

下記のとおり、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。
記

受診者	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
治療方法	A B C D E F 該当する記号（下注参照）に○を付けてください。		A、Bの場合に記入（番号に○をつけてください） 1. 体外受精 2. 顕微授精	
	男性不妊治療を行った場合、行った手術方法・治療医療機関を記載してください。			
	手術療法名 () (精子の回収の有無) 医療機関名 () 有 ・ 無			
今回の治療期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の移植胚数	A、B、Cの場合に記入		年 月 日 (個)	
今回の採卵回数	C以外の場合に記入		回	
領収金額※2	生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く。） 領収金額 円			
	男性不妊治療費※3 領収金額 円			
既控除額	高額療養費等の医療費を控除する制度利用の有無 有 ・ 無 有の場合 （制度名： ）			
特記事項				

※1 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植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、採卵準備時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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※2 文書料、個室料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。

※3 主治医の方針に基づき、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、主治医が受診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、領収金額及び治療医療機関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。採卵に至らないケースは対象となりません。

A	新鮮胚移植を実施
B	凍結胚移植を実施（採卵及び受精後、1～3周期程度の間隔を空けて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの治療方針に基づく治療を行った場合）
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常等により中止
F	採卵した卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止