

宇土市不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書（生殖補助医療）

医療機関 所在地
 名称
 主治医氏名 印

下記の者について、不妊症と診断し、生殖補助医療を実施しましたので、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

| | | | |
|-----------------|--|------|---|
| 夫 | ふりがな 受診者氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 妻 | ふりがな 受診者氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療方法 | A B C D E F 該当する記号（裏注参照）に○を付けてください。 | | A、Bの場合に記入 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。) |
| | 男性不妊治療を行った場合、行った治療法・治療医療機関を記載ください。 手術療法名 [] 医療機関名 [] | | (精子回収の有無) 1 有 2 無 |
| 今回の治療期間 (※1) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | (胚移植を実施した日) 年 月 日 | | |
| 今回の移植胚数 | A、B、Cの場合に記入 ⇒ (年 月 日 個) | | |
| 通算の採卵回数 | C以外の場合に記入 ⇒ (第 回目) | | |
| 通算の移植胚回数 | A、B、Cの場合に記入 ⇒ (第 回目) | | |
| 徴収金額 | 1 保険診療分 | | 2 保険外診療分 |
| | (該当する番号どちらかに○をつけてください。) | | |
| | 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く。） | 徴収金額 | 円 |
| | 男性不妊治療費（※2） | 徴収金額 | 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。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生殖補助医療終了日までを記載ください。

※2 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、主治医が領収金額及び治療医療機関を記載ください。

(注) 助成の対象となる治療は、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周期の間隔を空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 | 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等による中止 |
| 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 |

※採卵に至らないケースは助成対象となりません。

※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は対象となります。