

朝日町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については体外受精又は顕微授精(以下「特定不妊治療」という。)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下記のとおり領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

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな)	()	()
受診者氏名	夫	妻
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
<input type="checkbox"/> 今回の治療方法(該当する記号に○をつけて下さい) 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 体調不良により移植のめどが立たず終了 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)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。		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○をつけて下さい]
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 今回の治療内容		
<input type="checkbox"/> 今回の治療状況等(該当するところに○をつけて下さい) 妊娠反応(有・無) 胎嚢の確認(有・無・不明) 合併症(採卵時の腹腔内出血・感染・卵巣過剰刺激症候群・子宮外妊娠・無)		
<input type="checkbox"/> 男性不妊治療(※1)実施の有無(有・無)		
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額 _____ 円		
ただし、男性不妊治療費助成事業へ申請する場合は、男性不妊治療に関する治療費を除いたものを記載すること。		

(※1) 本証明書における「男性不妊治療」とは、体外受精又は顕微授精に至る過程の一環として行う精巣又は精巣上体から採取するための手術のことをさす。