

田原市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
（特定不妊治療用）

下記の者については、特定不妊治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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通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

印

※自署の場合は押印不要

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）
今回の治療方法	A B C 該当する記号(注参照)に○を付けてください		A又はBの場合 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)	
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
治療月日	男性不妊治療以外の保険診療分		保険診療以外の本人負担額（※）	（※）保険診療以外の本人負担額は、先進医療を実施した場合に助成の対象となります。先進医療を実施した金額のみ記載してください。また実施した先進医療を下記に記入してください。 【先進医療】 （ ）
	本人負担額			
年 月	円			
年 月	円			
年 月	円			
年 月	円			
年 月	円			
年 月	円			
合計	円	円		

注意事項（医療機関へのお願い）

- 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。
- 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。
 - 新鮮胚移植を実施
 - 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）
 - 以前に凍結した胚による胚移植を実施先進医療
- 体調不良等により移植のめどが立たず治療を終了した場合（D）、異常授精により中止した場合（E）、採卵したが卵が得られない場合（F）は対象外となります。