

第2号様式（第5条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、不妊治療を実施し、これに係る治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

$$(\otimes)$$

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

記

【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		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	一般不妊治療	該当する番号に○を付けてください １．タイミング療法 ２．排卵誘発法 ３．人工授精		
	生殖補助医療	該当する記号(注参照)に○を付けてください A B C D E F	A又はBの場合 該当する番号に○を付けてください １．体外受精 ２．顕微授精	
	男性不妊治療	実施した手術法を記載してください []		(精子回収の有無) １．有 ２．無
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
限度額適用	☐ 限度額適用認定証確認・適用済み 確認・適用済みの場合は、 ☒ 記入 【適用区分】 ☐ ア ☐ イ ☐ ウ ☐ エ ☐ オ 該当区分に ☒			
領収金額 (保険診療に限る)	一般不妊治療費		領収金額 _____ 円	
	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 ※		領収金額 _____ 円	

※ 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外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、主治医が領収金額を記載してください。

(注) 生殖補助医療の助成対象となるのは、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（女性への侵襲的治療のないもの）は生殖補助医療の助成対象ではありません。

- 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 受精できず、又は、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も助成の対象となります。