

大野町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
不妊治療の実施状況 (特定不妊治療又は一般不妊治療のいずれかに☑してください。)				
☐ 特定不妊治療	今回の治療方法 A B C D E F 該当する記号 (裏面参照) に○をつけてください			
	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○をつけてください			
	男性不妊治療を行った場合行った手術療法を記載 () 精子回収の有無 1. 有 2. 無			
☐ 一般不妊治療	人工授精			
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち男性不妊治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日)			
領収金額	【今回の治療にかかった金額合計】※保険診療に限る 不妊治療費 領収金額 _____円 男性不妊治療費(※2) 領収金額 _____円			

※1) 特定不妊治療の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。ただし、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特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2) 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終了した場合、男性不妊治療費のみ対象となります。

記入欄の注意事項については、裏面をご参照ください。

【注意事項】

- 1 一般不妊治療又は特定不妊治療(体外受精、顕微授精)に係る保険診療における自己負担額をご記入ください。(院外処方により支払った薬剤費を含む。)
- 2 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。
- 3 一般不妊治療及び特定不妊治療を受けた場合は、治療ごとに証明書をご記入ください。

特定不妊治療

(注1) 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。

- 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、母胎の状態を整えるためにおおむね1～3周期程度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、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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

(注2) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は特定不妊治療費助成の対象となりません。