

勝央町不妊治療費助成金事業受診証明書

下記の者について、生殖補助医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、生殖補助医療を実施しこれに係る医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 _____

(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	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 いずれかに○を付けてください。	
	A B C D E F		1 体外受精	2 顕微授精
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療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 (※1)	治療開始	年 月 日	※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	
	胚移植	年 月 日	(治療方法A～Cのみ記入)	
	治療終了	年 月 日	※原則、妊娠判定日又は投薬終了日。 治療を中止した場合は中止日	
妊娠成立の有無	有 ・ 無 ・ 治療中止			
区分	保険診療（※2） (保険適用の場合)			

(※ 治療金額・明細について裏面の記載事項あり)

※1 治療開始日は、治療計画作成日とします。

※2 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、母体の状態を整えるため1～3周期程度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

⇒裏面に続きます

注2 採卵に至らない場合は、助成対象となりません。

※限度額認定証の提示等により確認ができる場合のみ区分を選択し、未確認の場合は選択しないこと。
院外処方がある場合、薬局の領収書から本人負担額を、上記の領収金額に含めて記載してください。

院外処方がある場合、薬局の領収書から本人負担額を、上記の領収金額に含めて記載してください。