様式第２号（第５条関係）

不妊・不育症治療受診等証明書

下記の者については、不妊・不育症治療を実施し、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　所在地

名称

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

**実施医療機関記入欄(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  （該当するものに○をつけてください。） | Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ・Ｇ・Ｈ・Ⅰ（※）  (Ｇ,Ｈ,Ⅰは(　)に内容を記載してください）  治療内容  　（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | Ａ又はＢの場合  １　体外受精　　２　顕微授精 | |
| 今回の治療経過 | （採卵、受精、胚移植、妊娠判定、手術等の日程・経過を記入してください。） | | | | |
| 今回の治療期間 | 年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | |
| 日本産婦人科学会  登録の有無 | □有　→　症例登録番号：  (日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。) | | | | □無 |
| 領収金額 | 今回の治療にかかった領収金額　　合計　　　　　　　　　　　円 | | | | |
| ※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に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に治療終了  　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、又は状態の良い卵が得られないため中止  ＊採卵基準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。  ＊採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象とはなりません。  　Ｇ　男性不妊治療  　Ｈ　一般的な不妊治療（タイミング療法・排卵誘発法・人工授精・等）  　Ⅰ　不育症治療 | | | | | |