

滑川市不妊治療費助成事業受診証明書

下記のとおり、不妊治療（体外受精・顕微授精）を実施し、これにかかる医療費を領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

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	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
○今回の治療方法				
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終了				
E 受精できず、または、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				
(注)採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。				
AまたはBの場合 (該当するものに○をつけてください)				
・体外受精				
・顕微授精				
今回の治療期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			
○今回の治療内容				
○今回の治療期間治療状況等（該当するところに○をつけて下さい）				
妊娠反応（有・無） 胎嚢の確認（有・無・不明）				
合併症（採卵時の腹腔内出血・感染・卵巣過剰刺激症候群・子宮外妊娠・無）				
○男性不妊治療（※1）実施の有無（該当するところに○をつけて下さい）（有・無）				
領収年月日 平成 年 月 日				
領収金額				
円				
(体外受精・顕微授精にかかる保険適用外の自己負担金)				
ただし、男性不妊治療助成金を申請する場合は、男性不妊治療に関する治療費を除いたものを記載すること。				

（※1）本証明書における「男性不妊治療」とは、不妊治療に至る過程の一環として行う精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術。ただし、保険診療外に限る。