

特定不妊治療受診証明書

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

年 月 日

指定医療機関の所在地

名称

代表者

印

主治医記入欄

ふりがな	夫		妻	
受診者名				
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)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。	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
〔今回の治療にかかった金額の合計 保険外診療に限る〕				
領収金額 _____ 円				
(うち助成対象外経費 _____ 円)				

助成対象経費とは、治療に直接関係のない費用(入院費、食事代、凍結された精子、卵子、受精胚の管理料〔保存料〕等)

(注) 助成対象となる治療は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況を整えるために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た立たず治療終了
- E 受精できず、また胚の分割停止、変性、多精子授精などの以上授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態のいい卵が得られないために中止

(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)は助成対象にはなりません。