

菊池市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、特定不妊治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、特定不妊治療を実施し、これに係る治療費を次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

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名 受診者生年月日	夫	() S・H 年 月 日(歳)	妻	() S・H 年 月 日(歳)
今回の治療方法	A B C 該当する記号に○を付けてください。		AまたはBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精	
男性不妊治療を行った場合、行った手術療法・治療医療機関を記載ください。 手術療法名()医療機関名()・精子回収の有無(<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票	〔個別登録の有無〕 有 (症例登録番号※2)・無			
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。〕 特定不妊治療費 領収金額 円 (男性不妊治療費を除く) 男性不妊治療費 ※3 領収金額 円 医療機関名()			

※1 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下さい。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下さい。

※2 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。

※3 主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関(指定を受けていない医療機関も含む。)で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額及び治療医療機関を記載下さい。

(注) 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

※採卵・胚移植に至らないケースは助成対象となりません。

※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中止した場合は対象となります。