

深川市特定不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

深川市長 様

医療機関所在地

名 称

代表者氏名

印

下記の通り、特定不妊に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

夫	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
妻	(フリガナ) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
年度における診療期間			年 月 日～ 年 月 日	
申 請 額	区 分	保険診療分の本人負担金		
		特定不妊治療に 該当する費用	特定不妊治療に 非該当の費用	
	3月	円	円	
	4月	円	円	
	5月	円	円	
	6月	円	円	
	7月	円	円	
	8月	円	円	
	9月	円	円	
	10月	円	円	
	11月	円	円	
	12月	円	円	
	1月	円	円	
	2月	円	円	
	合計	円	円	
治 療 の 内 容	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又はBの場合、該当する番号に○をつけてください。 1 体外受精 2 顕微授精		
	男性不妊治療を行った場合 TESE (C-TESE、M-TESE) MESA TESA PESA	〔 精子回収の有無 〕 1 有 2 無		
	院外処方の有無	□有 □無		

(注) 特定不妊に関する検査及び治療費用についてのみご記入ください。

(※個室料、食事代等治療に直接関係ない費用は含みません)

院外処方の有無が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要です。

(注) 助成対象となる治療は、裏面記載のいずれかに相当するものです。

<特定不妊治療助成対象となる治療>

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、又は状態のよい卵が得られないため中止

※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も助成の対象となります。

（注）採卵に至らない場合（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。