

受給者番号					
-------	--	--	--	--	--

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記の方については、体外受精又は顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）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、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

指定医療機関
の名称及び所在地

指定医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日	
特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)	領収金額		円	
男性不妊治療費	領収金額		円	
(以下は、主治医が記入してください)				
主治医氏名 _____ 印 (署名または記名押印)				
今回の治療方法	A・B・C・D・E・F 該当する番号(注参照)に○を付けてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当番号に○を付けてください	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください []		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~		年 月 日	
日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 (症例登録番号※2 _____)		無	

※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してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、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してください。

※2) 日本産婦人科学会 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。

《注1》助成の対象となる治療は、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、1~3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
- D 体調不良等のために胚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

《注2》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、助成の対象になりません。

ただし、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助成の対象となります。