

様式第2号（第6条関係）

受給番号 （記入不要）

特定不妊治療受診等証明書（牧之原市特定不妊治療費助成金交付申請用）

下記の者については、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、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

※指定医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名		（ ）		（ ）
受診者 生年月日	夫	昭和 平成 年 月 日 （ 歳）	妻	昭和 平成 年 月 日 （ 歳）
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注）に○をつけてください		A又は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）	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記入してください （ ）		男性不妊治療を行った場合 1. 精子回収有り 2. 精子回収無し （該当する番号に○をつけてください）	
今回の治療経過 （排卵、受精、胚移植、妊娠判定等の日程・経過を記入してください）				
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
領収金額	今回の治療にかかった診療額合計（保険外診療に限る。） 男性不妊治療費を除く領収金額 円 男性不妊治療費領収金額 ※3 円			

- ※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入してください。
- ※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。
- ※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む。）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として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。

（注1）助成の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
 - D 体調不良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、多精子授精などの異常授精等による中止
 - F 採卵した卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
- ※ 排卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良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）は助成の対象となりません。