

不妊治療費助成事業受診等証明書(保険診療外)

下記の者については、保険外診療(先進医療を除く)が含まれた生殖補助医療を実施し、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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(ふりがな)		()		()
受診者氏名	夫		妻	
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(いずれかに○) 1. 体外受精 2. 顕微授精			
今回の治療期間	治療開始 年 月 日			
	胚移植日 年 月 日			
	治療終了 年 月 日 ※原則、妊娠判定日又は投薬終了日 治療を中止した場合は中止日			
領収金額	今回の治療にかかった合計金額 [保険外診療に限る] 領収金額 円			
他院での注射等の依頼の有無	あり → 医療機関名 () なし			
院外処方の有無	あり ・ なし			

(注1)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、または、胚の分割停止、変性、多精子受精など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)は助成対象となりません。

(令和6年4月1日以降治療開始・先進医療以外分)