

医療機関 住 所
 名 称
 主治医 _____ ⑩

香美町特定不妊治療受診等証明書

下記の者においては、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。

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)	
治療方法	1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。		A B C D E F 該当する記号（注参照）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。 〔 〕 実施医療機関名 〔 〕			精子回収の有無 1 有 2 無	
治療期間	年 月 日～ 年 月 日			今回治療による妊娠の有無	
				有	無
領収年月日 及び金額	□保険診療 (先進医療含む)	領収年月日	年 月 日～	年 月 日	
		特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く）	領収金額	円	
		男性不妊治療費	領収金額	円	
	□保険診療外 (自費診療)	領収年月日	年 月 日～	年 月 日	
		特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く）	領収金額	円	
		男性不妊治療費	領収金額	円	

(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
- 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目途が立たず治療終了
- E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精等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

※ 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) 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。