

様式第2号（その1）（第5条関係）

島田市特定不妊治療受診等証明書

次の者については、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次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

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	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 ((注)1を参照し、該当する記号に○印を付けてください。)		A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 (該当する番号に○印を付けてください。)
	男性不妊治療を行った場合のみ記入		
	行った手術療法を記入してください。	1 精子回収あり 2 精子回収なし (該当する番号に○印を付けてください。)	
今回の治療経過	治療開始日、採卵、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	年 月 日から 年 月 日まで		
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（TESE、MESA等） 円		

(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（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期から3周期までの間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく治療）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
- 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。