

井原市不妊治療助成事業医療機関証明書

下記の者について、体外受精又は顕微授精（以下「特定不妊治療」という）以外の方法によっては妊娠の見込みがないか又はきわ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

医療機関所在地

医療機関名称

医療機関代表者氏名

主治医氏名

印

補助事業対象者	氏 名		生 年 月 日	
	夫		.	.
	妻		.	.
今回の治療方法	A B C D E F		A又はBの場合	
	該当する記号に○を付けてください		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載してください		精子回収の有無	
	[]		1. 有 2. 無	
病 名				
特定不妊治療を必要とした理由				
今回の治療期間(※1)	年 月 日 ~		年 月 日	
領 収 金 額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る]			
	領収年月日	年 月 日 ~	年 月 日	
	(男性不妊治療費を除く)			
	領収金額	円		
	(男性不妊治療費※2)			
	領収金額	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記載してください。

(※2) 特定不妊治療の一環として、精巣内精子採取法 (TESE) または精巣上体精子吸引採取法 (MESA) 等、精巣または精巣上体から直接精子を採取する治療を実施した場合に、その費用を記載してください。なお、指定医療機関以外の医療機関において、指定医療機関の医師の指導により行われた治療に要した費用については、指定医療機関において領収書等により確認のうえ、領収金額に含めて差し支えありません。

(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 (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 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施

D 体調不良等により移植のめどがたらず治療終了

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

※採卵準備前に男性不妊治療を行った結果、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。その場合、A~F欄は空欄としてください。

(注) 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