

特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療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

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな											
受診者氏名	夫					妻					
受診者生年月日 (治療開始時年齢)		昭和・平成	年	月	日		昭和・平成	年	月	日	
		(満 歳)					(満 歳)				
今回の治療方法	該当する記号(※1)に○をつけてください。 A B C D E F					AまたはBの場合、該当する番号に○をつけてください。 1. 体外受精 2. 顕微授精					
	男性不妊治療を行った場合、行った手術療法を記載してください。 ()										
今回の治療期間 ※2	平成 年 月 日				～	平成 年 月 日					
	(うち男性不妊治療 平成 年 月 日				～	平成 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】										
	特定不妊治療費（男性不妊治療費除く）					領収金額					円
	男性不妊治療費					領収金額					円
◎入院費、管理（保存）費、文書料等、治療に直接関係のない費用は控除してください。											

※1 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものとする。

- 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めどが立たず治療終了
- E 授精できず、または、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 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載してください。