

八代市生殖補助医療費助成金給付受診等証明書

下記の者について、生殖補助医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、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。

令和 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)

受診者氏名	夫	ふりがな ()	妻	ふりがな ()
受診者生年月日		昭和 年 月 日 (歳)		昭和 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号に○をつけてください		A、Bの場合に記入↓ 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、行った手術療法、主治医の属する医療機関以外の場合は治療医療機関を記載ください。 手術療法名： 医療機関名：			
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: 保険診療に限る]			
	①生殖補助医療(男性不妊治療を除く)		②男性不妊治療費※2	
	円		円	
(上記本人負担額 ①②の合計額) 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生殖補助医療終了日までを記載ください。

※2 主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額及び治療医療機関を記載ください。

(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周期の間隔をあげ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

1. 採卵に至らないケースは助成対象となりません。
2. 採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は対象となります。
3. 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。