

特定不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

志賀町長 様

医療機関等
住所
名称
主治医氏名
電話番号

下記のとおり、特定不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(フリガナ) 受診者氏名		()	()	
夫			妻	
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
治療期間※1		治療方法		領収金額
年 月 日から 年 月 日まで		該当する記号に○付けて下さい。 A B C D E F	A又はBの場合、該当する 番号に○を付けてください 1 体外受精 2 顕微授精	特定不妊治療費 (男性不 妊治療を除く) 円
		男性不妊治療を行った場合、手術療法を記載してください。		男性不妊治療費※2 円
年 月 日から 年 月 日まで		該当する記号に○付けて下さい。 A B C D E F	A又はBの場合、該当する 番号に○を付けてください 1 体外受精 2 顕微授精	特定不妊治療費 (男性不 妊治療を除く) 円
		男性不妊治療を行った場合、手術療法を記載してください。		男性不妊治療費※2 円
年 月 日から 年 月 日まで		該当する記号に○付けて下さい。 A B C D E F	A又はBの場合、該当する 番号に○を付けてください 1 体外受精 2 顕微授精	特定不妊治療費 (男性不 妊治療を除く) 円
		男性不妊治療を行った場合、手術療法を記載してください。		男性不妊治療費※2 円
合 計				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特定不妊治療終了日までを記載してください。
- ※2 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む）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、主治医が領収金額を記載してください。

(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を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状況を整えるために1～3周期程度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
- * 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、男性不妊治療のみを助成の対象とします。

(注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。