

## 不妊治療受診等証明書

下記の者については、妊娠の見込みがない又は妊娠の見込みが少ないと診断され、不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関の名称

主治医氏名

㊞

### 【医療機関記入欄】

	夫	妻
(ふりがな) 氏名	( )	( )
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 該当する項目に○をつけてください	AまたはBの場合 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
		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間	令和 年 月 日～	令和 年 月 日
領収金額	特定不妊治療	円
	男性不妊治療	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。

(注) 助成対象となるの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に治療終了

E 受精ができず、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

※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も助成の対象となります。

(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。