

様式第3号(第6条関係)

御所市特定不妊治療医療機関等証明書
(体外受精・顕微授精等)

年 月 日

御所市長

医療機関等

所在地

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり、不妊治療(体外受精、顕微授精、男性不妊治療)を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

ふりがな	夫			妻		
受診者氏名						
受診者生年月日		年	月		日生	年
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 から		年 月 日 まで			
通算治療回数	通算 回目					
保険点数及び 自己負担額	体外受精・顕微授精		点		円	
	男性不妊治療		点		円	
今回の治療方法 (該当するものに ○をつけてください。)	A・B・C・D・E・F		(男性不妊治療を行った場合)※2 1 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を 精巣から採取するための手術 2 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を 精巣上体から採取するための手術			
	A又はBの 場合	1 体外受精 2 顕微授精				
	A、B又は Cの場合	妊娠判定 (+・-)	精子回収の有無※2 (有・無)			

※1 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の期間を記入してください。ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から治療終了日までの期間を記入してください。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関(指定を受けていない医療機関を含む。)で男性不妊治療を実施する場合は、記入は不要です。その場合は記入欄に斜線を引いてください。

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、母胎の状態を整えるために1~3周期程度の間隔を空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目的が立たず治療終了
- E 受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子受精等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良い卵が得られないため中止

注2 採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、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、助成対象となります。

注3 採卵に至らないケース(女性への侵略的治療のないもの)は、助成対象となりません。

注4 食事代、入院費及び本証明書発行料は、助成の対象となりません。

注5 申請は年度につき1回となります。年度をまたぐ場合は、分けて証明してください。

注6 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。