

受給者番号

石川町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、特定不妊治療以外の治療法による妊娠の可能性が低いため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

石川町長様

指定医療機関の名称
 指定医療機関の所在地
 主治医氏名

㊞

指定医療機関記入欄(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		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○をつけてください		A又はBの場合(該当する番号に○) 1 体外受精 2 顕微授精	
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 ()		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
領収金額※2	(今回の治療にかかった合計金額 ※保険外診療に限る) 特定不妊治療費(男性不妊治療費を除く) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費 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も含む)で特定不妊治療または男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から当該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 排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周期の間隔を開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たたず治療終了
 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

(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。ただし、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、状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合は助成の対象となります。

*【領収書等(写し可)を添付してください】