

福崎町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法で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、特定不妊治療を実施し、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。

年 月 日

記

福崎町長 様

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

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
受診者 生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の 治療方法	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		A B C D E F 該当する番号（注参照）に○をつけてください	
今回の 治療期間	年 月 日～		今回の治療による妊娠の有無	
	年 月 日		有	無
領収年月日	年 月 日～		年 月 日	
	領収金額		円 (※1)	

※1 領収年月日及び領収金額の一致する領収書を別途添付してください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに該当するものです

- 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・授精後に胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期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めどが立たず治療終了
- E 授精できない、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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) 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。