福崎町特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療が必要と診断し、特定不妊治療を実施しました。これに係る本人負担額を領収したことを証明します。

年　　月　　日

福崎町長　　様

医療機関　　住　所
名　称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

<table>
<tr><td>(ふりがな)
受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td>(　　)</td><td rowspan="2">妻</td><td>(　　)</td></tr>
<tr><td>受診者生年月日
※1</td><td>年　月　日
(　歳)</td><td>年　月　日
(　歳)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">今回の治療方法</td><td colspan="2">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。</td><td colspan="2">A　B　C　D　E　F
該当する記号(注参照)に○をつけてください。</td></tr>
<tr><td colspan="3">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。
〔　〕
〔　実施医療機関名　〕</td><td>(精子回収の有無)
1.有　2.無</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間
※2</td><td colspan="3">年　月　日～　年　月　日</td><td>今回の治療による妊娠の有無
有　無　不明</td></tr>
<tr><td>治療内容及び
領収金額
※3</td><td colspan="4">領収年月日　年　月　日～　年　月　日
【今回の治療に要した合計金額】
特定不妊治療費（男性不妊治療費除く）
領収金額　円
男性不妊治療費（※4）
領収金額　円</td></tr>
</table>

※1：　年齢は、「今回の治療期間」欄に該当する始期の時点における年齢を記載してください。

※2：　治療期間については、保険適用下で実施した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、排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としてください。

※3：　令和６年４月１日以降に実施した先進医療は助成対象外です。入院時食事療養費、文書料、個室料その他特定不妊治療に直接関係ない費用は助成対象外です。

※4：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）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　凍結胚移植を実施
C　以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
D　体調不良等により移植のめどが立たず終了
E　授精できず、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り中止
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、又はよい状態の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がないもの）は助成対象となりません。