

様式第2号（第6条関係）

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。これにかかる医療費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）

受診者	夫 フリガナ氏名	-----	年 月 日生 (歳)
	妻 フリガナ氏名	-----	年 月 日生 (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○を付けてください		A B C D E Z 該当する記号（注参照）に○を付けてください
	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 ()		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間 (※1)	年 月 日～ 年 月 日		今回の治療による 妊娠の有無
			有 無 不明
領収年月日 年 月 日～ 年 月 日			
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、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を記載してください。
- ※2) 医療保険が適応された（保険診療との併用が認められている保険外療養を含む。）特定不妊治療にかかる金額を記入してください。入院時食事療養費、文書料、個室料その他直接関係のない費用は助成対象外です。
- ※3) 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を含む）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に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周期程度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治療終了（自然妊娠により治療終了した場合は含まない）
- E 受精できず、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
- Z 主治医の治療方針に基づき、採卵前に男性不妊治療を行ったが、精子が採取できず治療を中止した場合、男性不妊治療後、採卵した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した場合は、男性不妊のみ助成の対象となります。