

新居浜市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

（宛先）新居浜市長

所在地
 保険医療機関等 名称
 主治医氏名

印

次のとおり、受診者に対し不妊治療等を行ったことを証明します。

受診者	夫		妻			
	ふりがな					
	氏名					
	生年月日	年 月 日	年 月 日			
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日 （ 年 月分、この日以降の当院での不妊治療 なし・あり）					
今回の治療内容	（該当する記号(下記参照)に○を付けてください。） A B C D E F					
	（該当する項目すべてに☑を付けてください） 1 採卵（ <input type="checkbox"/> 調整卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> 低卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> 自然周期） 2 採精（ <input type="checkbox"/> 男性の不妊手術 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術（TESE） <input type="checkbox"/> その他（ ）） 3 体外受精・顕微授精（追加： <input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> その他（ ）） 4 受精卵、胚培養（ <input type="checkbox"/> 初期胚まで <input type="checkbox"/> 胚盤胞まで） 5 胚凍結保存（ <input type="checkbox"/> 複数の胚が作成できた場合 <input type="checkbox"/> 全胚凍結周期である場合） 6 胚移植（ <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植） （追加： <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 <input type="checkbox"/> その他（ ））					
診療月※2	不妊治療に要した費用 （保険適用分）窓口支払額		合計（領収金額）	左記のうち 食事療養標準額	院外処方の 有無	不妊治療以外の処方箋 の有無
	入院	入院外				
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無
合計	円	円	円	円		
備考	※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、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。（令和4年4月1日以降の治療に限る。） <助成対象となる治療> 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 E 受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る中止 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、又は状態のよい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1）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。 （注2）入院費、食事療養費、凍結された受精胚等の管理料(保存料)及び文書料は助成対象となりません。					

