

秋田市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記の者について、体外受精・顕微授精等の生殖補助医療（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徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の 治療方法・内容	A B C D E F 該当する記号（注 参照）に○を付けてください		A または B の場合 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 の場合 → 妊娠判定結果(いずれかに○)： 陰性 ・ 陽性			
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載 ()			(精子回収の有無) 有 ・ 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
該当するものに○を付け、必要な内容の記載をお願いします。	<input type="checkbox"/> 治療計画の作成 (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 今回の治療回数 保険診療 (回目) ・ 保険外診療 (回目) <input type="checkbox"/> 出産リセット (あり ・ なし) <input type="checkbox"/> 出生した子の認知の意向 (確認した ・ 確認していない) *法律婚以外の場合			
①②は該当する場合に記載してください	①治療の一部を協力医療機関に指示した場合 協力医療機関名 [] 指示した治療内容 [] ②院外処方を指示した場合： 指示内容 []			
領 収 金 額	[今回の治療にかかった金額合計] 特定不妊治療費 領収金額 _____ 円 (男性不妊治療費除く) 男性不妊治療費※2 領収金額 _____ 円			

※1) 治療期間については、治療計画を作成した日から治療終了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：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、または、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）は助成の対象となりません。