

不妊に悩む方への特定治療支援事業指定医療機関受診等証明書

年 月 日

高知県知事様

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない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徴収したことを証明します。

記

（主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫		妻	
	受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日(歳)	昭和 平成 年 月 日(歳)	
今回の治療期間 ^{※1}	年 月 日 ~ 年 月 日 (男性不妊治療) 年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療方法	(該当する番号及び記号に○を付けてください)			
	1 体外受精 2 顕微授精		A B C D E F	
	ア	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。		精子回収の有無 有 ・ 無
	イ	ア以外で他機関依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。 ^{※2} 他医療機関への依頼 (なし ・ あり) 院外処方 (なし ・ あり) 平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日 平成・令和 年 月 日 ・医療機関名 () ・指示内容 () ・上記の医療費について、今回の領収金額に (含む ・ 含まない) 平成・令和 年 月 日		
妊娠成立の有無	有 ・ 無			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票登録 の有無	有 (症例登録番号) ・ 無 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。			
領収金額	今回の治療にかかった金額の合計 (保険外診療に限ります。) 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 ^{※3} 領収金額 円			

※1) 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入してください。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) 今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。

※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 (採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期ないし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、多精子授精等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、助成対象となりません。