

様式第3号（第6条関係）

生殖補助医療受診等証明書

下記の者については、生殖補助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、生殖補助医療による治療を実施し、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。

令和 年 月 日

（署名）

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F G H I 該当する記号（注）に○をつけてください		A又はBの場合 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)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記入してください ()		男性不妊治療を行った場合 1. 精子回収有り 2. 精子回収無し (該当する番号に○をつけてください)	
今回の治療経過 (排卵、受精、胚移植、妊娠判定等の日程・経過を記入してください)				
今回の治療期間※	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療にかかった 領収金額 (男性不妊治療含む)		保険診療 一部自己負担	保険診療外 全額自己負担	合計
	生殖補助医療 (先進医療除く)	円	円	円
	先進医療	—	円	円
	領収金額合計			円

※ 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生殖補助医療による治療終了日までを記入してください。

(注) 助成の対象となる治療は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 体調不良により移植のめどが立たず治療終了
- 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る中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止
- G 採卵に至らず治療終了
- H 排卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止
- I その他、市長が助成の対象となる治療と認めるもの