

特定治療支援事業受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精及び特定不妊治療の一環として行われる精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術による不妊治療を実施し、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

指定医療機関の名称

所在地

連絡先

指定医療機関名

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医記入）

| | | | | | | |
|--------------------------|------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|------|--|
| (ふりがな) | | | | | | |
| 受診者氏名 | | 夫 | 妻 | | | |
| 生年月日 | | 年 月 日 | 年 月 日 | | | |
| 治療方法 | 特定不妊治療 | 今回の治療方法 | | A B C D E F | | |
| | | 1. 体外受精 2. 顕微授精 | | 該当する記号(注意参照)に○をつけてください。 | | |
| | 治療内容 | | 該当する記号(注意参照)に○をつけてください。 | | | |
| | 妊娠判定の結果 | | + ・ - | | | |
| 男性不妊治療 | 男性不妊治療の有無 | | 1. 有 | | 2. 無 | |
| | 治療内容(手術療法) | | | | | |
| | 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 | | |
| 日本産婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無 | | 有 → 症例登録番号 ※2 | | 無 | | |
| 特定不妊治療費 領収金額 *男性不妊治療を除く | | 領収金額 | | 円 | | |
| 男性不妊治療費 領収金額 | | 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。なお、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を行った日を記載してください。

※2 体外受精又は顕微授精を実施した場合、日本産婦人科学会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。

(注) 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目途が立たず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- 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
- M 精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を行ったが、精子が得られなかった場合。

(注) Mを除き、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。