

様式第4(第7条関係)

設楽町不妊治療費等助成事業受診等証明書(特定不妊治療)

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か又は妊娠の可能性が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。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

主治医氏名

(署名又は記名押印)

印

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)
今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F		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)	
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
[今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分)合計]				
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	領収金額		円	

注意事項(医療機関へのお願い)

- 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までを記載してください。
- 助成対象となる治療は次のいずれ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、母体の体調を整えるために1~3周期の間隔を開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たたず治療終了
 - E 授精できず、または、胚の分割停止、変成、多精子受精などの以上受精等による中止
 - F 採卵したが卵子が得られない又は状態の良い卵子が得られないため中止
- ※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。