

様式第2号 (第6条関係)

受給者番号	1							—		(市記入欄)
-------	---	--	--	--	--	--	--	---	--	--------

高砂市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

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領収したことを証明します。

年 月 日

記

高砂市長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

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	1 体外受精 2 顕微授精		区分	A B C D E F			
	該当する番号に○を付けてください。		(※1)	該当する記号に○を付けてください。			
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください。 []					精子回収の有無 有・無	
	実施医療機関名 []						
今回の治療期間 (※2)	年 月 日 ~ 年 月 日					今回の治療による妊娠の有無 有・無・不明	
領収年月日及び領収金額	年 月 日 ~ 年 月 日						
	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く。)					円(※3)	
	(内訳: 保険診療 円・保険外診療 円)						
	男性不妊治療費					円(※4)	
	(内訳: 保険診療 円・保険外診療 円)						

※1 治療の区分については、裏面を参照してください。
 ※2 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特定不妊治療の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特定不妊治療の終了日までを記載してください。
 ※3 今回の治療期間における領収金額を記載してください。
 ※4 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、患者から当該男性不妊治療に係る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、凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空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 未受精又は胚の分割停止、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
※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に治療を中止した場合も含まれます。

(注2) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は、助成の対象となりません。