

(表)

様式第2号(第7条関係)

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

三豊市  
保険診療用

次の者については、特定不妊治療(体外受精、顕微授精)以外の治療法では妊娠の見込みがない又は極めて少ないと診断したので、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

名称及び所在地

主治医氏名

印

(署名又は記名押印)

医療機関記入欄

ふりがな 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日		
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(裏面注参照)に ○を付けてください。		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、行った手術療法を記載してください。 ( )			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				
うち 男性不妊治療分		年 月 日 ~ 年 月 日				
本人負担額の内訳 (保険診療分)	区分	診療点数	本人負担金額	区分	診療点数	本人負担金額
	年 月	点	円	年 月	点	円
	年 月	点	円	年 月	点	円
	年 月	点	円	年 月	点	円
	年 月	点	円	年 月	点	円
	年 月	点	円	年 月	点	円
	年 月	点	円	年 月	点	円
院外処方の有無		小 計		点	円	
<input type="checkbox"/> 有り ※2  <input type="checkbox"/> 無し		うち 男性不妊治療分		( 点)	( 円)	
		先進医療治療費自己負担額分		点	円	
		妊娠確認検査費用			円	
		合 計			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。

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 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。

(☆様式第3号 … 保険薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)

(裏)

(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ないことに伴う治療終了
- 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、又は状態の良い卵が得られないため中止

(注) 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。