

不妊治療受診等証明書 (2022年4月以降治療開始分)

下記の者については、生殖補助医療以外の方法によっては妊娠の見込みがないか又はきわめて少ないと思われるため、治療を実施し、これにかか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

医療機関名

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

受診者(夫) 氏名		受診者(妻) 氏名	
開始年齢	今回の治療開始時の女性の年齢 (歳)		
今回の 該当項目	<input type="checkbox"/> 40歳未満で、6回分の保険治療が終了 (終了日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 40歳以上43歳未満で、3回分の保険治療が終了(終了日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 43歳以上の開始で、年齢制限超え <input type="checkbox"/> 全て自費治療		
今回の 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の 治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する記号(注参照)に○を付けてください	
領収金額 ※保険外 診療に限る	今回の治療にかかった金額合計 不妊治療費 (男性不妊治療費を除く) 円		
	男性不妊治療費 円		

- ・ 治療期間については、採卵準備また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のみを行った場合は、男性不妊治療を行った日から不妊治療終了日までを記載してください。
- ・ 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で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った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) 補助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
- 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. 受精できず、または、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. 採卵したが、卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないための中止

※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、又は状態の良い精子が得られないため、治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注) 採卵に至らないケースは補助対象となりません