

別記様式第2号（第5条関係）

新ひだか町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可能性が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次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

医療機関記入欄

区分	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)	昭和・平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F <small>該当する記号（注参照）に○を記入願います。</small>	A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 <small>該当する番号に○を記入願います。</small>
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る) 領収金額 _____ 円	

(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（採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。）。

- 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周期程度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立たず治療終了
- E 授精できず、又は胚の分割停止、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中止