

須崎市不妊治療費助成医療機関受診等証明書

年 月 日

須崎市長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

⑩

下記の者に対し、不妊治療を実施し、これに係る治療費を受診者から受領したことを証明します。

受診者	夫	ふりがな		妻	ふりがな				
		氏名			氏名				
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日							
今回の治療方法		(該当する番号及び記号に○を付けてください)							
		1 体外受精	2 顕微授精	A	B	C	D	E	F
		院外処方 (なし ・ あり)							
領収金額		【今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限ります。】							
		領収金額 円							

(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（採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期ないし3周期程度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 体調不良等による移植のめどが立たず治療終了
- 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治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注2) 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。