

## 不妊治療支援事業に係る受診等証明書

次の者については、体外受精又は顕微授精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、生殖補助医療を実施し、これに係る治療費を次のとおり領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

⑧

受診者氏名	夫		妻					
受診者住所	夫		妻					
受診者生年月日	夫	年 月 日 ( 歳 )	妻	年 月 日 ( 歳 )				
子どもの有無	無 有 ( 1人 2人 3人 4人以上 )							
過去の不妊治療期間	年 月 日 ~		年 月 日					
	年 月 日 ~		年 月 日					
	年 月 日 ~		年 月 日					
○当該患者が過去に行った治療について該当箇所に記入してください。 (患者からの聞き取りにより、貴医療機関外の治療についても含めて記入してください。) ・ タイミング療法 ( 実施 回 ・ 未実施 ) ・ 薬物療法 ( 実施 回 ・ 未実施 ) (排卵誘発療法を含む。) ・ 人工授精 ( 実施 回 ・ 未実施 ) ・ 体外受精 ( 実施 回 ・ 未実施 ) ・ 顕微授精 ( 実施 回 ・ 未実施 ) ・ 手術療法 ( 実施 回 ・ 未実施 ) (手術方法 ) ・ その他特記事項								
今回の治療方法	該当する記号に○印をつけてください。			左の欄がA又はBの場合、該当する番号に○をつけてください。				
	A	B	C	D	E	F	1	2
今回の治療期間	年 月 日 ~			年 月 日		※治療の始期と終期については、裏面を参考にしてください。		
○今回の治療内容 1. 採卵前に治療中止      2. 採卵実施      3. 受精確認      4. 胚移植実施 5. 凍結胚移植実施      6. 妊娠 ( 有り ・ 無し ) その他特記事項 ( 胚移植まで至らなかった場合は、その経過について記入してください。 )								
領収年月日	年 月 日 ~			年 月 日				
保険外治療費総額 ( ) 円								

※ 医療機関発行の領収証 (原本) を提示してください。

(裏面)

○治療の始期と終期について

- ・採卵に向けた準備(ホルモン注射等)に始まり、受精、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・凍結胚の移植については、凍結胚の融解から開始され、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・医師の判断により、途中で中止(中断)された場合は、その時点で終期となります。

体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容	採卵まで			採精(夫)	(前培養・媒精・受精(顕微授精)・培養)	胚移植						(胚移植のおおむね2週間後) 妊娠の確認	助成対象範囲
	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(点鼻薬)	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(注射)	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
						胚移植	黄体期補充療法		(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日	7~10日	1日	10日	1日		
A 新鮮胚移植を実施												助成対象	
B 凍結胚移植を実施※													
C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施													
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り中止													
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												対象外	
G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止													
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止													

※B: 採卵・受精後、1~3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合