

大鰐町生殖補助医療受診等証明書

年 月 日

大鰐町長 殿

(医療機関) 住所
 名称
 主治医氏名
 電話番号

以下の者については、生殖補助医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、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

氏名	夫	生年月日	年 月 日
	妻	生年月日	年 月 日
今回の治療方法	A B C D E F (下記の注意事項を参考に該当する記号に○をつけてください)		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)
	男性不妊治療を行った場合、行った手術療法を記載		
今回の治療期間※1	(開始)	(終了)	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち男性不妊治療 年 月 日 ~ 年 月 日)
領収金額	(今回の治療にかかった金額 ※保険診療分に限る)		
	生殖補助医療費 (男性不妊治療費を除く)	円	
	男性不妊治療費	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投薬開始等を行った日から治療終了日で記載してください。

(注意事項) 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 (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

※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。