

(様式第4号)(第6条関係)

指 定 医 療 機 関 主 治 医 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少ないと思われたため、特定不妊治療を実施し、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。

令和 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

(ふりがな) 受診者名	夫	()	妻	()
今回の治療方法 (注1参照)	1 体外受精 A B C D E F 2 顕微授精 A B C D E F 3 男性不妊手術 TESE MESA その他 ※該当する治療番号と治療内容について○をしてください。			
今回の治療期間 ※	年 月 日 ~ 年 月 日		今回の治療による妊娠の有無 有 無 不明	
都道府県等 不妊治療指定医 療機関の有無	有 無			
領収金額	今回の治療にかかった金額 (入院費、食事代など治療に直接関係しない費用は除く。) ①保険適用 円 ②保険適用外 円 ①+②医療機関領収金額 円			

※ 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植又は手術等を行うための投薬等を行った日から治療終了日までを記載してください。

(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1~3周期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
- 男性不妊手術…特定不妊治療に至る過程の一環として行われる精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術(TESE、MESA等)

(飯田市)