

特定不妊治療費助成金受診等証明書

甲斐市長 様

次の者については、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るため、特定不妊治療を実施し、これに係る治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(主治医が記入すること)				
ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	※該当する記号((注)参照)に○を付けてください。 A B C D E F			
	※A 又は B の場合は、該当する番号に○を付けてください。 1 体外受精 2 顕微授精			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
妊娠成立の有無	有 ・ 無			
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日			
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を行うための投薬開始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)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・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 採卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止
- (注)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