

(表)

様式第2号 (第6条関係)

上天草市生殖補助医療費助成事業受診等証明書

次の者について、生殖補助医療以外の治療方法によっては、妊娠の見込みがない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次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 名称  
所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医が記入してください。)

受診者名	夫		妻	
生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療内容	<input type="checkbox"/> 保険診療で実施される特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療及びそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療			
今回の治療方法	A B C D E F	A又はBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精		
	該当する記号 (下注参照) に○をつけてください。			
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の移植胚数	A、B又はCの場合に記入 ⇒ 年 月 日 ( 個)			
通算の採卵回数	C以外の場合に記入 ⇒第 回目			
通算の胚移植回数	A、B又はCの場合に記入 ⇒第 回目			
日本産科婦人科学会UMIN個別調査票	(個別登録の有無) ※2 有 (症例登録番号 ) 無			
実施した先進医療				

※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。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

(裏)

治療に要した金額

生殖補助医療分（保険診療分）

診療月	診療点数	本人負担額
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
合計		円

先進医療分

受診日	検査・治療項目	金額
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
合計		円

※ 「治療に要した金額」には、生殖補助医療（医療保険関係法令に基づく給付の対象となるものに限る。）に係る金額を記入してください。ただし、文書料、個室料等の生殖補助医療に直接関係のない費用は、含めないでください。

(注) 生殖補助医療費の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周期の間隔を空けた後に胚移植を行うとする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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等が起きたことにより中止
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

※ 採卵に至らないケースは助成対象となりません。

※ 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は対象となります。