

(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)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号 (下注参照) に○をつけてください。			A又はBの場合は次のいずれかに○をつけてください。 1 体外受精 2 顕微授精
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			

※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。

