

様式第2号（第7条関係）

飛驒市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、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。

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	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○をつけてください		A又は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、手術方法を記載 ()		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
今回の経過	妊娠が成立した場合は○をつけてください 妊娠成立			
今回の治療期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日			
領 収 金 額	[今回の治療にかかった実費負担額合計（先進医療等の保険外の診療費を含む。）] 特定不妊治療費 領収金額 円 (男性不妊治療費除く) 男性不妊治療費※2 領収金額 円 ◎入院費(ベット差額、病衣等)、食事代、文書料等、治療に直接関係のない費用は控除してください。			

※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特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2) 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終了した場合、男性不妊治療費のみ対象となります。

(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・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（原則として余剰胚を移植した場合に限る。）
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、又は状態のよい卵が得られないため中止
(注2) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。