

不妊治療費等助成事業検査受検証明書

下記の者については、治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名  
所在地  
主治医氏名

記

医療機関記入欄

氏名	夫			妻		
生年月日		年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)	
治療方法		治療期間		受診者が負担した金額 (薬局分含む)		備考
特定不妊 治療	A B C D E F G		年 月 日 ~ 年 月 日	円		
	A または B の場合 1.体外受精 2.顕微鏡受精 ※該当する記号（注 1 及び注 2 参照）に○を つけてください。					
不育症 治療	治療の内容について、主 な内容を記入してください。		年 月 日 ~ 年 月 日	検査	円	
				治療	円	

(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
- B 凍結胚移植（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるため1～3周期の間隔を空けた後、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 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
- D 体調不良等により移植の目途が立たず治療終了した場合
- E 受精できないこと又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止した場合
- 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した場合
- G 男性不妊治療（体外受精又は顕微授精の治療の一環として受ける、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）

(注2) 対象となる事業は、医師が必要と認めた特定不妊治療又は不育症の原因を特定する検査及び治療です。薬局分がある場合、処方を行った薬品代については、主治医が患者から支払った領収書の提出を受け、薬品代も含めた領収金額を記載してください。治療期間については、治療の途中でも記載することができます。