様式第2号（第5条関係）

不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、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、不妊治療を実施し、これに係る保険診療の医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　　印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td>（　　）</td><td rowspan="2">妻</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">今回の治療方法</td><td colspan="2">Ａ Ｂ Ｃ Ｄ Ｅ Ｆ
該当する記号（注参照）に〇を付けてください。</td><td colspan="2">Ａ又はＢの場合
1.体外受精　2.顕微授精
該当する記号に〇を付けてください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください。
〔　　〕</td><td colspan="2">（精子回収の有無）
1.有　2.無</td></tr>
<tr><td colspan="4">※1　　年　　月　　日～　　年　　月　　日（妊娠確認又は治療を中止した日）
（男性不妊治療分）　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日
（胚移植を実施した日）　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">【今回の不妊治療（生殖補助医療）にかかった保険診療の金額に限ります。
先進医療、文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の費用は含めないでください。】
領収年月日　　年　　月　　日～　　年　　月　　日

不妊治療費
（男性不妊治療費を除く。）　　本人負担額　　円
男性不妊治療費※2　　本人負担額　　円</td></tr>
</table>

※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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※2）主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額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周期の間隔を空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、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等による中止

F　採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

※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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

（注）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。