

様式第2号（第7条関係）

特定不妊治療指定医療機関受診等証明書（兼実績報告書）

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがない又は、極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費等を下記の通り領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）

(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 該当する記号等に○ を付けてください。	下記の（注）をご参照ください。 A B C D E F G H		1. 体外受精 2. 顕微授精	妊娠あり
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金額合計 ※保険外診療に限る。)			
	領収金額			円

※1 治療機関については、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。

(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
- 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、肺の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等による中止
- 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
- G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止
- H 採卵準備中、体調不良等により中止