

下仁田町不妊治療費助成事業医療機関証明書（特定不妊治療）

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の見込みがないか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、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 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）

フリガナ			
受診者氏名	夫		妻
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日(歳)	昭和 平成
今回の治療方法	A B C D E F		1 体外受精 2 顕微授精
	該当する記号（注参照）に○をつけてください		該当する番号に○をつけてください
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
領 収 金 額	[今回の治療にかかった金額合計 ※不妊治療費に限る] 領収金額 _____ 円		

(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・受精卵、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、胚の分割停止、変性、多精子授精等などの異常授精による中止
- 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) 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。

