様式第５号（第７条関係）

# 特定不妊治療受診等証明書

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の見込みがないかまた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。

年　　月　　日

実施医療機関　所在地
名　称
医師名　　印

医療機関記入（主治医が記入すること。）

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受診者 | | 夫 | 妻 |
| | ふりがな<br>氏　名 | | |
| | 生年月日 | 年　月　日（　歳） | 年　月　日（　歳） |
| | 住　所 | 秋田県仙北郡美郷町 | |
| 今回の治療期間 | | 年　月　日　～　年　月　日 | |
| 今回の治療方法 | | A　B　C　D　E　F<br>該当する記号（注参照）に○を付けてください。 | AまたはBの場合<br>1　体外受精　2　顕微授精<br>該当する番号に○を付けてください。 |
| | | 男性不妊治療を行った場合は、手術療法を記載してください。［　　］ | 精子回収の有無<br>1 有　2 無 |
| 日本産婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無 | | 有　→　症例登録番号　※2 | 無 |
| 領収金額 | | 【今回の治療にかかった金額合計】<br>特定不妊治療　円（うち保険診療分　円）<br>男性不妊治療　円（うち保険診療分　円） | |

※1　治療期間については、採卵準備また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　日本産婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

（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。（採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は、助成対象となりません。）

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（採卵・受精後、胚を凍結し母胎の状態を整えるために１～３周期程度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）を実施

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、または、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、または状態のよ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、または状態のよ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。