

第2号様式の2（第4条関係）

特定不妊治療医療機関証明書
(体外受精・顕微授精等)

年 月 日

八幡市長様

医療機関

所在地 _____
名称 _____
代表者 _____ (印)
電話番号 _____

下記のとおり不妊治療（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

(ふりがな) 治療を受けた人の氏名	夫	()	妻	()
生年月日及び今回の 治療開始日時点の年齢		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療期間※1	年 月 日 から 年 月 日 まで			
通算治療回数	通算 回目			
保険点数及び保険診療分の本人負担額	体外受精・顕微授精	点	円	
	男性不妊治療※2	点	円	
一般不妊治療・人工授精を 同時に行った場合は、該当 する内容について、□に✓ をお願いします※3	☐ タイミング療法（不妊治療） ☐ 排卵誘発法（内服・注射） ☐ 人工授精 ☐ 腹腔鏡手術 ☐ その他の手術（ ） ☐ 検査（治療の一環によるものに限る） ☐ その他（ ）			
本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	年月	診療点数	負担金額	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
	年 月分	点	円	
今回の治療方法 (該当する番号に○を 付けてください。)	A・B・C・D・E・F		(男性不妊治療を行った場合) ※2	
	A又はBの場合	1. 体外受精 2. 顕微授精	1. 精巣内精子生検採取法 (TESE) 又は精子を精巣から採取するための手術 2. 精巣上体内精子吸引法 (MESA) 又は精子を精巣上体から採取するための手術	
	A、B又はCの場合	妊娠判定(+・-)	精子回収の有無※2 (有・無)	

＜注1＞ 採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、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、助成対象となります。

＜注2＞ 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。

※1 採卵準備又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の期間を記入してください。ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から治療終了日までの期間を記入してください。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関(指定を受けていない医療機関を含む。) で男性不妊治療を実施する場合は、記入は不要です。その場合は記入欄に斜線等を引いて消込をしてください。

※3 特定不妊治療（体外受精・顕微授精等）と同時に、一般不妊治療・人工授精をされた場合は、該当する内容について、□に✓をししてください。

★裏面の「記入上の注意点」をご参照の上、ご記入願います。

記入上の注意点

1. この用紙は、特定不妊治療において男性不妊治療を行わなかった場合、又は体外受精等とこれに伴う男性不妊治療を同一の医療機関で実施された場合にご利用ください。
男性不妊治療を他の医療機関で実施された場合は、「第2号の2の2(第4条関係)男性不妊治療医療機関証明書」をご利用ください。
なお、体外受精等とこれに伴う男性不妊治療を同一の医療機関で実施された場合でも、証明書は1人分ずつご記入ください。
2. 治療を受けた人の氏名、生年月日及び今回の治療開始日時点の年齢は、夫又は妻の治療を受けた方で、この用紙にて証明される方1人分のみご記入ください。
3. 本人負担等の内訳欄は、月毎にまとめてご記入ください。
4. 今回の治療方法については、該当項目に○をご記入ください。アルファベットの意味する治療方法等については、下記のとおりです。
 - 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目途が立たず治療終了
 - E. 受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子受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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止