

吹田市不妊治療に係る自己負担額助成金に係る受診等証明書

下記のものについては、特定不妊治療以外の方法によっては、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領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成		昭和 平成
年 月 日		年 月 日		年 月 日
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号に○を付けてください。 (下記(注)を参照してください。)			左記でA～Eに○をつけた場合、 1 体外受精 2 顕微授精 該当する記号に○を付けてください。
今回の治療期間	年 月 日 ~			年 月 日
○今回の治療内容について記入してください。				
○採卵日		年 月 日	(上記C以外に○をつけた場合に記載)	
○体外受精・顕微授精実施日		年 月 日	(上記C及びF以外に○をつけた場合に記載)	
○胚移植実施日		年 月 日	(上記A～Cに○をつけた場合に記載)	
*○妊娠判定実施日 (+ -)		年 月 日	(上記A～Cに○をつけた場合に記載)	
*○治療中断日		年 月 日	(上記D～Fに○をつけた場合に記載)	
注)*印のいずれかが、治療終了日となります。				
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の 有無	有 → 症例登録番号 ※ _____ / 無 (日本産科婦人科学会 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。)			
○今回の治療に要した費用の領収年月日			(今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る)	
年 月 日 から			特定不妊治療費 領収金額 円	
年 月 日			(男性不妊治療費除く)	

(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、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、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。

男性不妊治療費については、男性不妊治療の実施医療機関として指定されている医療機関にて様式第4号に記載してください。