

吉野川市不妊治療費助成受診等証明書

（生殖補助医療実施分）

以下のとおり、生殖補助医療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名（自署）

受診者氏名	夫		妻		今回の治療開始時の年齢
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	歳

申請される方が記入のうえ、医療機関へ記載を依頼してください。

治療期間	年 月 日～ 年 月 日				
通算治療回数	（ ）回目				
治療内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療（ ） <input type="checkbox"/> 保険適用オプション治療（ ）				
本人負担額	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	年 月分	円	年 月分	円	
	合計				円
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 右枠に処方日 を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
他機関の治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名			

注1 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するもので、保険適用となるものです。

- 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、又は状態の良い卵が得られないため中止

注2 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3 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。