

年 月 日

高知県安芸郡芸西村長 様

所在地
医療機関名
主治医氏名

印

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。

記

主治医が記入してください

受診者	夫	年 月 日生	妻	年 月 日生
	該当する番号に○を付けてください。 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。(下記の注1. 参照) A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F			
今回の治療方法	(下記の注2. 参照) 年 月 日～ 年 月 日			
今回の治療期間	有 ・ 無			
妊娠成立の有無	日本産婦人科学会UMIN個別調査票に記載した症例登録番号を転記してください。 有(症例登録番号：) ・ 無			
日本産婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無	今回の治療にかかった金額の合計(保険外診療に限ります。) 円			
領収金額				

注1. 助成対象となる治療は次のいずれかに該当するものです。

- 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(採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期ないし3周期程度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、多精子受精等の異常受精等により中止
- F. 排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に中止

注2. 治療期間については、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を記載してください。