別記様式第２号（第８条関係）

国富町不妊治療費補助事業受診等証明書

下記の者については、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

医療機関の名称
所　在　地
主 治 医 氏 名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

<table>
<tr><td colspan="2">受診者（ふりがな）氏名</td><td>夫</td><td></td><td>妻</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受診者生年月日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">今回の治療方法
該当する番号に○をつけてください。</td><td rowspan="2">一般不妊治療</td><td>１．タイミング法</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>２．人工授精</td><td colspan="3">（　　）回</td></tr>
<tr><td rowspan="2">生殖補助医療</td><td>３．体外受精
４．顕微授精</td><td colspan="3">該当する記号（注参照）に○をつけてください。
A・B・C・D・E・F</td></tr>
<tr><td>５．男性不妊治療</td><td colspan="3">治療法
〔　　〕
精子回収の有無（　有　・　無　）</td></tr>
<tr><td>先進医療</td><td>６．先進医療</td><td colspan="3">先進医療名
〔　　〕</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療期間（※１）</td><td colspan="4">年　　月　　日～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">治療結果</td><td colspan="4">１.妊娠成立２.妊娠に至らず３.胚移植中止４.その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">本人請求時限度額認定証
マイナ保険証提示の有無</td><td>有・無</td><td colspan="3">→「有」の場合、
①　適用区分（　　）
②　高額療養費を適用した年月
（　年　月分、　年　月分、　年　月分、　年　月分、　年　月分、）</td></tr>
<tr><td colspan="2">領収年月日</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日
領収金額（※２）
一般不妊治療　　円
生殖補助医療　　円
男性不妊治療　　円
先進医療　　円</td></tr>
</table>

※１　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を行った日から治療終了までを記載してください。ただし、主治医の方針で、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付から治療終了日までを記載してください。

※２　主治医の治療方針に基づき、主治医の属する治療機関以外の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

（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。
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、多精子受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、又は状態の良い卵が得られないため中止
先進医療：保険診療による生殖補助医療と合わせて行った厚生労働大臣が告示した先進医療
（注）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。