

様式第3（第6条関係）

受給者番号	
-------	--

犬山市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
	受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	A B C D E F <small>A又はBの場合</small> 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当するものに○を付けてください)			
	男性不妊治療を行った場合記載してください。 行った手術療法 ( ) 行った医療機関 ( ) 精子採取の有無 1. 有 2. 無			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療月日	体外受精及び顕微授精の 自己負担額（保険診療分）		男性不妊治療の 自己負担額（保険診療分）	
年 月	円		円	
年 月	円		円	
年 月	円		円	
年 月	円		円	
年 月	円		円	
年 月	円		円	
領収金額	〔今回の治療の合計金額 ※保険診療に限る〕			
	体外受精・顕微授精に係る医療費	領収金額	円	
	男性不妊治療に係る医療費	領収金額	円	

注) 裏面の注意事項も必ずご確認ください。

※ 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。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性

不妊治療のみを行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※ 治療方法の区分については下記を参照してください。

(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

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は受精に適した精子が得られないため治療を終了した場合も対象になります。

(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。