

特定不妊治療医療受診等証明書（先進医療不妊治療等医療費分）

次の者については、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く、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。

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（主治医が記入すること。）

印

今回の治療は、(1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供
(2) 代理母 (3) 借り腹 のいずれにも該当していません。

(ふりがな) 受診者等の氏名	受診者 ()	受診者の 配偶者 ()
受診者の生年月日等 (和暦)	年 月 日 生 「今回の治療期間」欄の始期時点の年齢 歳	年 月 日 生 「今回の治療期間」欄の始期時点の年齢 歳
今回の治療期間 (和暦)	年 月 日(※) ~ 年 月 日 (妊娠を確認又は治療を中止した日) (※) 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。	
今回の治療方法	A B C D E F (詳しくは裏面参照) 該当する記号（注参照）に○を付けてください。	A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。
費用負担 (該当に☑)	<input type="checkbox"/> この番号に該当します。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は、以下のいずれかに該当することを確認しました。(該当のi, iiに○) i 当該患者及びそのパートナーが、婚姻関係にあること(法律婚) ii 当該患者及びそのパートナーが、治療の結果、出生した子について認知を行う意向があること(事実婚) <input type="checkbox"/> 混合診療は実施していません。	
	<input type="checkbox"/> この番号に該当します。(これまでの医療保険適用での治療回数 ____回) <input type="checkbox"/> 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外での不妊治療は行っていません。	
	<input type="checkbox"/> この番号に該当します。 <input type="checkbox"/> 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外での不妊治療は行っていません。	
先進医療 実施の場合に記入 (該当に☑)	(今回実施した先進医療技術名(厚生労働省が告示した名称)を記入) <input type="checkbox"/> 当医療機関は、今回の先進医療を実施する保険医療機関として、届出又は承認されています。	
治療費総額 ・ 領収金額合計	[今回の治療にかかった金額合計] 次のいずれか該当する方に記入	
	① 保険適用診療時	
	治療費総額 _____ 円 (うち、先進医療技術にかかる経費 _____ 円) ※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。	
	②③ 自費診療時	
治療費総額 _____ 円 ※「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合は、治療費総額の一切が対象となりません。		
(領収書の期間) 年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の治療における領収金額合計 _____ 円 ※未納金がない場合は、上欄の治療費総額と同額を記入		

第2号様式（第6条関係）

（裏面）

（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（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。