

生殖補助医療等補助金受診等証明書

下記の者について、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、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（※主治医が記入してください。）

(フリガナ) 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 (該当する記号(注参照)に○をつけてください)		1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)	
男性不妊治療	男性不妊治療を行った場合は、手術法を記載してください。 〔 〕			
妊娠の有無	有 ・ 無			
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日 (妊娠確認日又は治療を中止した日)			
領収金額 ※2	〔今回の治療にかかった合計金額〕 ※受診者の本人負担金額を記入してください。 生殖補助医療費(男性不妊治療を除く。) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療 領収金額 _____ 円			
備考				

※1) 治療期間については、排卵準備また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、排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生殖補助医療終了日を記載してください。

※2) 文書料、食事代、個室料等、治療に直接関係のない本人負担額は補助対象外です。

※3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で治療を行った場合及び院外処方がある場合は、主治医が患者からその領収書の提出を受け、その金額を含めて記載してください。

(注) 補助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 凍結胚移植を実施(採卵・受精後1~3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの治療方針に基づく治療を行った場合)
- C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
- 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、編成、多精子受精など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

※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。

男性不妊治療 生殖補助医療の過程で、精巣又は精巣上体から精子を採取する手術