

不妊治療受診等証明書

次の者について、不妊治療を実施し、これに要した医療保険適用外の医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 住所

名称

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(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)
今回の治療内容	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください		男性不妊治療を行った場合は、その手術療法 () 実施医療機関 ()	
今回の治療期間（※1）	年 月 日～ 年 月 日			今回の治療による妊娠の有無
				有 無 不明
	領収年月日	年 月 日～	年 月 日	
	不妊治療費（男性不妊治療費を除く）		領収金額	円（※2）
	男性不妊治療費		領収金額	円（※3）

※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治療終了日までを記載してください。

※2：今回の治療期間における領収金額（医療保険適用外の医療費）を記載してください。

※3：主治医の治療方針に基づき、他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む。）で男性不妊治療を行った場合は、患者から男性不妊治療に係る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、次のいずれかに該当するものです。

A：新鮮胚移植を実施 B：凍結胚移植を実施 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：受精しなかった又は胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等により中止

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

※B：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当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※採卵準備に男性不妊治療を行ったが精子が得られない又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

※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。

※次の治療は助成対象となりません。

ア 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療

イ 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの）に係る不妊治療

ウ 借り腹（夫婦の精子と卵子は使用できるが、子宮摘出等により、妻が妊娠できない場合に、夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を、妻以外の第三者の子宮に注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）に係る不妊治療