

様式第3号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治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次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。）

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 (該当する項目に○を付けて下さい。)	生殖補助医療 (保険適用)	A B C D E F	(注)を参照し、○を付けてください。	
	生殖補助医療 (保険適用外)	A B C D E F	(注)を参照し、○を付けてください。	
	先進医療 (保険適用外)	実施内容を裏面にご記載ください。		
男性不妊治療	生殖補助医療の過程で精子を採取する手術		有 ・ 無	
妊娠の有無	有 ・ 無		院外処方の有無	有 ・ 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日 (妊娠確認又は治療を中止した日)			
領収金額	[今回の生殖補助医療(保険適用外)及び男性不妊治療含む。)にかかった金額]			
	医療費 (保険適用外)			円
	治療開始日、治療終了日は、 こちらをご確認ください。			円
	先進医療費	領収金額	円	
	合計			円

※1 治療期間については、治療計画、排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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※2 助成対象となる治療は次のいずれにも相当するものです。食事療養標準負担額、個室使用料及び文書料は含みません。

(1) 生殖補助医療及び保険適用となった生殖補助医療に併用が認められた先進医療であるもの（混合診療ではない。）

(2) 患者が希望し医療機関の説明内容を十分に納得した上で、同意書に署名し受けた先進医療であるもの

(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 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施 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 授精できず、又は胚の分割停止、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よい卵が得られないため中止（採卵に至らないケースは助成対象外）

男性不妊治療 生殖補助医療の過程で精子を採取する手術