

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	治療ステージ	A B C D E F G H (裏面)を参照し、○を付けてください。				
(該当する項目に○を付けて下さい。)	保険適用外の生殖補助医療 (4回目以降)	次の助成要件を確認し、 ☒ をお願いします。 ☐ 初回治療開始の妻の年齢が40～43歳未満で、保険適用回数が上限3回に達している。 ☐ 今回は4回目以降の生殖補助医療であり、自費で実施した。 ☐ 今回の治療開始時の妻の年齢は43歳未満である。 ☐ 当医療機関は保険医療機関として承認されている。				
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(対象となる男性不妊治療含む。)]にかかった金額 ※2 医療費(保険適用外分) 領収金額 _____ 円					

※1 当該採卵に係る治療計画を作成した日(改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日)から治療終了日までを記載してください。なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

(裏)

体外受精・顕微授精の治療ステージ

治療 ステージ	治療内容	採卵まで			採精 (夫)	受精 (前培養・媒精 (顕微授精)・培養)	胚移植					妊娠の 確認 (胚移植のおおむね2週間後)	
				採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			
							胚移植	黄体期補充療法		薬品投与 (自然周期で行う場合もあり)	胚移植		黄体期補充療法
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り中止												
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												
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止												
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												