様式第３号（第６条関係）

興部町不妊治療費等助成事業医療機関等証明書

年　　月　　日

興部町長　　様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名　　㊞

下記の者について、次のとおり保険適用又は適用外不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費を受領したことを証明します。

記

※医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

ふりがな 受診者氏名	夫	年　月　日（　歳）	妻	年　月　日（　歳）
今回の不妊治療 （※該当する項目に☑をつけてください）	□特定不妊治療	□体外受精　□顕微授精		
		A　B　C　D　E　F		
		※該当する記号に◯をつけてください（裏面注意事項１参照）		
		男性の不妊治療　□なし　□あり		
		※実施した手術療法　（　）		
		今回の治療期間（注１） 年　月　日 ～　年　月　日		
	□一般不妊治療	□タイミング療法		
		□排卵誘発法		
		□人工授精		
		□その他（　）		
		今回の治療期間（注１） 年　月　日 ～　年　月　日		
	治療中断の有無	□なし □あり（※中断した場合はその経過について記入して下さい　）		
	領収金額	特定不妊治療費（男性不妊治療を含む）	円	
		一般不妊治療費	円	
		※保険外診療に限る（注２）		

（注１）治療期間については、採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬等を開始し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。

（注２）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）で不妊治療を行った場合は、主治医が患者から不妊治療として支払った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。

注意事項１　助成対象となる特定不妊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　体調不良により移植のめどが立たず治療終了
Ｅ　授精できず、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る中止
Ｆ　採卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、または状態のよ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。
注意事項２　上記において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。