

先進医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

下記の者については、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、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ました。先進医療の併用が必要と判断し、実施したため、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。

※必ず、【注意事項】を確認の上、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			年 月 日
今回の生殖補助医療実施内容(※1)	A B C D E F					左の欄でA又はBにチェックした場合 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。)	
今回の生殖補助医療実施期間(※2)	年 月 日 ~ 年 月 日 ※上記治療開始日時点の妻の年齢 () 歳						
実施した先進医療 (名称を記入してください。)(※3)							
確認事項 (誤りがなければ、□にチェック☑をしてください)	<input type="checkbox"/> 上記先進医療実施時において、当医療機関は、上記先進医療に係る実施医療機関として、届出を行っている、又は承認されている医療機関である。						
	<input type="checkbox"/> 上記先進医療は、保険適用の生殖補助医療と併用して実施したものである。						
先進医療実施年月日						領収金額	
年 月 日						円	
年 月 日						円	
年 月 日						円	
年 月 日						円	
年 月 日						円	
領収金額合計						円	

【注意事項】

※1 A～Fとは、以下に示すとおりです。

- A 新鮮胚移植を実施した。
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施した（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。）。
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施した。
- D 体調不良により移植の目途が立たず、治療が終了した。
- E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等により中止した。
- 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した（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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止したときを含む。）。

※2 原則として、治療開始日は主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日、治療終了日は妊娠判定日又は治療を中止した日です。

※3 今回の生殖補助医療実施内容と併用して行ったものが助成対象です。