

様式第2号（第6条関係）

特定不妊治療受診等証明書

下記の者について、体外受精又は顕微授精（以下「特定不妊治療」という。）以外の方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、特定不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称  
医療機関の所在地  
主治医氏名

㊞

受診者氏名	夫	氏名	生年月日	年 月 日
	妻	氏名	生年月日	年 月 日
今回の治療法	A B C D E F 該当する記号（（注）参照）に○をつけてください。		A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 ( )			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 から 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号(※2)			無
領収金額	今回の治療にかかった合計金額(※3 保険外診療に限る)			
	特定不妊治療費 (男性不妊治療費を除く)	領収金額	円	
	男性不妊治療費※4	領収金額	円	
備考(※5) (院外処方、その他)				

※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。

※2 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例番号を記載してください。

※3 保険外診療の治療費額のみ記載してください。ただし、入院料、食事代、文書料、凍結胚の管理料等の直接治療に関係ない費用は含みません。

※4 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）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が、患者から他の医療機関へ支払った男性不妊治療費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。

※5 院外処方の指示をした場合及び主治医の判断により治療の一部を他の医療機関で行った場合は、各指示内容をこの欄へ記載してください。この記載がないと助成対象とみなすことができません。

（注）助成対象となる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 体調不良等により移植の目途が立たず治療終了
  - E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精など異常授精等による中止
  - F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止
- ※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場合も助成の対象となります。
- ※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成の対象とはなりません。