

不妊治療受診等証明書

医療機関等証明欄（主治医が記入してください。）

以下について確認し、間違いがなければ、レ点を記入してください。

☐ 当医療機関は、生殖補助医療にかかる保険医療機関です。

(ふりがな) 受 診 者 氏 名	夫	()	妻	()
受診者生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
今回の治療期間 (治療 1 周期ご とに作成してく ださい。)	年 月 日 ~ 年 月 日			
不妊治療の内容	一般不妊治療 (人工授精 タイミング法) 特定不妊治療 (A B C D E F) 男性不妊治療 その他 []			
不妊治療に要し た医療費 (文書料、凍結 保存料は除く。)	円 (うち保険適用分 円) (うち先進医療分 円)			
先進医療を実施した場合は、下記を記入してください。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、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"/> 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。				
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称		領収金額	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
上記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを 証明します。 年 月 日 所在地 医療機関等 名 称 氏 名 印 伊賀市長				

(注) 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
(注) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

