

令和 年 月 日

美 作 市 長 様

医療機関
所在地
名 称
主治医

印

次のとおり実施したので、証明いたします。

受診者	夫	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	妻	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
不妊治療を必要とした理由					
治療方法 (該当する番号に○を付けてください)	1 検査(不妊治療に関するもの)				
	2 配偶者間人工授精				
	3 配偶子卵管内移植				
	4 接合子卵管内移植				
	5 体外受精				
	6 顕微授精				
		A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください			
治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	医療保険適用負担額		領収年月日 年 月 日 ~ 円 年 月 日		
	医療保険適用外負担額		領収年月日 年 月 日 ~ 円 年 月 日		

(注) 助成の対象となる治療は治療方法の2~4及び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 受精できず又は、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
- * ただし、採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成の対象外
- * 採卵準備前に男性不妊治療を行った結果、精子が得られない、または状態の良い精子が得られないため治療中止した場合も助成対象とする。