

様式第2号（第6関係）

不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

年 月 日

（宛先）長野市長

所在地

医療機関名

主治医氏名

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては、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。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

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）
今回の治療方法	A B C D E F （下記注1のうち該当する治療方法の記号に○を付けてください。）		1. 体外受精 2. 顕微授精 （左欄のA又はBの場合、該当する番号に○を付けてください。）	
	男性不妊治療を行った場合は、手術療法を記載 （ ）		（精子回収の有無） 1. 有 2. 無	
今回の治療期間	年 月 日 ～		年 月 日	
	（男性不妊治療分） 年 月 日 ～		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（注4）		無	
今回の治療に要した費用の合計額（保険外診療に限る。）				
特定不妊治療費（男性不妊治療費以外）		領収金額		円
男性不妊治療費		領収金額		円

注1 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に約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 受精できない又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等による中止

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

※ 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、又は状態のよい精子が得られないため特定不妊治療を中止した場合も対象となります。

2 採卵に至らない場合（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。

3 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を行った日から治療が終了した日までを記入してください。ただし、主治医の判断に基づき、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が終了した日までを記載してください。

4 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。