

西栗倉村不妊治療助成事業受診証明書

下記の者について、一般不妊治療・特定不妊治療を実施し、これに係る医療費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

西栗倉村長 様

医療機関の住所
名称
主治医氏名

(ふりがな) 受診者氏名	夫			妻		
		年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
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 *該当する記号（注1参照）に○を付けてください			AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 *該当する番号に○を付けてください		
	男性不妊治療の有無 有 ・ 無 手術法：			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無		
	一般不妊治療 <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査（診断及び治療のために必要なもの） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
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					
自己負担額請求時の 限度額認定証又は マイナ保険証提示の有無	有・無	→「有」の場合 ①適用区分（ ） ②高額療養費を適用した年 （ 年 月分、 年 月分、 年 月分、 年 月分、 年 月分）				
領 収 金 額	[今回の治療にかかった金額（自己負担額）合計] 領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日 領収金額 円					
※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。 ※入院時の食事代や文書料、個室料その他治療に直接関係のない費用は除きます。						

※治療期間については、「1回の治療」ごとに、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）又は凍結胚移植術を行うための治療計画を作成し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（治療方法「C」を除く。以下同じ。）を行った場合は男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記載してください。なお、「1回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）等から、胚移植術（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も「1回の治療」とします。

(注1) 助成対象となる治療方法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
- ※ 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、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。その場合、A～F欄は空欄としてください。
- ※ 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。