

年 月 日

新温泉町長 様

医療機関 住 所
名 称
主治医

（署名又は記名押印）

新温泉町不妊治療（生殖補助医療）費助成事業受診等証明書

下記の者は、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者	夫	フリガナ	妻	フリガナ
		氏名		氏名
		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
治療方法	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。		A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください。	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください。 () 実施医療機関 ()		精子の回収の有無 有 ・ 無	
今回の治療期間 ※1	年 月 日～ 年 月 日		今回の治療による妊娠の有無 有 ・ 無 ・ 不明	
	領収年月日： 年 月 日～ 年 月 日			
生殖補助医療 ※2 (男性不妊治療費を除く) 領収金額 円 (内先進医療等 円)				
男性不妊治療費 領収金額 円 (内先進医療等 円) ※3				

※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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※2 医療保険が適用された生殖補助医療（オプション治療及び保険診療との併用が認められている先進医療含む。）にかかる金額を記載してください。文書料、食事代、個室料等の不妊治療に直接関係のない費用は助成対象外です。

※3 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で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った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。

（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
- 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、多精子受精等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よい卵が得られないため中止

（注）採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。