

様式第2号（第5条関係）

市川市特定不妊治療受診等証明書

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領収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称

所在地

電話 ( )

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな)	夫		妻	
受診者氏名				
受診者の 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 G 該当する区分のアルファベット（注参照）に○をつけてください。		1. 体外受精 2. 顕微授精 A又はBに○をした場合は、該当する番号に○をつけてください。	
	男性不妊治療（G）を行った場合は、手術方法を記載してください。 〔 〕		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
今回の治療における院外処方の有無	有 ・ 無			
今回の治療期間（※1）	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（※2） ( )			無
領収金額（保険外診療に限り、入院費、食事代、文書料及び凍結された精子、卵子又は受精胚の保管料を除く。）	<b>【特定不妊治療費】</b> ○ (男性不妊治療費以外) 領収金額 円 ○ 男性不妊治療費（※3） 領収金額 円			

## 備考

- 1 治療期間は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。
- 2 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。
- 3 指定医療機関に属する主治医の治療方針に基づき、当該主治医が指定した指定医療機関以外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を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。
- 4 特定不妊治療費助成金の対象となる不妊治療は、次のいずれかに該当するものです。

区分	特定不妊治療の内容
A	新鮮胚移植
B	凍結胚移植
C	過去に凍結した胚を解凍して行う胚移植
D	妻が体調不良になったこと等を理由に胚の移植の目途が立たず特定不妊治療を終了した場合
E	受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等により特定不妊治療を中止した場合
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に特定不妊治療を中止した場合
G	夫が精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術を受けた場合

- ※1 この表において「凍結胚移植」とは、当初からの治療方針に基づき、採卵し、受精させた胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期から3周期までの範囲で間隔を空けた後に当該胚の移植を行うことをいう。
- ※2 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治療を中止した場合も助成の対象となります。
- ※3 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないものをいう。)は、助成対象となりません。