

知内町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

知内町長 様

医療機関 所在地
 名称
 代表者
 電話番号 ()

下記の者(夫婦)に対し、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

記

医療機関記入欄

受診者	(ふりがな) 氏名	夫	()	妻	()
	生年月日		年 月 日生		年 月 日生
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日			
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療方法 (該当する番号に○を付してください)	特定不妊治療	1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 男性不妊治療			
	一般不妊治療	A・B・C・D・E・F 1又は2の場合、該当する記号(※注2参照)に○を付してください。			
個別調査票登録の有無	有(症例登録番号:)・無 ※有に該当する場合、日本産婦人科学会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。				
領収金額(※注1)	金		円		

※注1 治療に直接関係のない文書料、個室料等の費用は除いてください。

※注2 助成対象となる治療は、次のいずれかの治療です。

また、排卵に至らないものは対象外となります。

- 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1~3週間程度の間隔を開けた後に胚移植を行う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、多精子などの異常受精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止