

西宮市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

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、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()	
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日 (歳)	昭和 平成	年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けて下さい		A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください Dの場合、治療終了理由を備考にご記入ください		
今回の治療期間 ※1	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (治療開始時妻年齢： 歳)			妊娠の有無	
				有 無 不明	
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 (登録した症例登録番号を転記してください)			無	
(今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る)					
特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 領収金額 円 訂正印不可					
男性不妊治療費 ※2 領収金額 円 訂正印不可					
(内訳) 今回の治療に該当する領収書の年月日及び金額をご記入ください (領収書を別途添付してください)					
特定不妊治療費		男性不妊治療費			
年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額	年/月/日	領収金額
/ /	円	/ /	円	/ /	円
/ /	円	/ /	円	/ /	円
/ /	円	/ /	円	/ /	円
/ /	円	/ /	円	/ /	円
/ /	円	/ /	円	/ /	円
欄が不足している場合は裏面にご記入ください					
備考					

※1 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。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特定不妊治療終了日まで記載してください。

※2 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費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。

【治療内容区分】

* 男性不妊治療については事業案内に掲載の助成対象範囲※を参照

- 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、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