第2号様式（第6条関係）

大分県特定不妊治療費等助成事業　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徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名　　㊞

医療機関記入欄（太枠は主治医が記入すること）

受診者	ふりがな	夫		妻	
	氏　名				
	生年月日		年　月　日		年　月　日
今回の治療方法 ※該当する記号等に○を付してください。	A　B　C　D　E　F ※下記（注1）をご参照ください			AまたはBの場合 1　体外受精　　2　顕微授精	
	男性不妊治療の実施の有無　　1　有（採精あり　採精なし）　　2　無 男性不妊治療を行った場合、行った手術療法［　　］				
今回の治療期間（注2）	年　月　日 ～　年　月　日 （男性不妊治療分）　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※： ※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。			無	
特定不妊治療の一部を他の医療期間に依頼した場合(注3)	医療機関名			医療保険適用外負担額(a) 円	
男性不妊治療を他の医療機関に依頼した場合(注3)	医療機関名			医療保険適用外負担額(b) 円	
院外処方による保険適用外の投薬がある場合(注3)	投 薬 内 容			医療保険適用外負担額(c) 円	
領収金額（注4） 今回の治療にかかった金額合計 （医療保険適用外負担額）	特定不妊治療費 （男性不妊治療費除く）			領収金額(d)　円	
	男性不妊治療費			領収金額(e)　円	
医療保険適用外負担額　合計 (a)～(e)				円	

（注1）　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（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。

※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成の対象となりません。

（注2）　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を記載してください。

（注3）　特定不妊治療の一部を別の医療機関で行った場合、院外の薬局で処方箋を出した場合は、それらの額のうち、対象となる費用を特定不妊治療実施医療機関が証明を行ってください。
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指定を受けていない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4）　助成対象となる治療費等は、治療費、検査料など直接治療に必要な費用です。（入院費、食事代等治療に直接関係のない費用、凍結保存料を除きます。）