

## 砂川市特定不妊治療医療機関受診等証明書

次の者については、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次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  
医療機関の所在地  
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○をつけてください。		A 又は B の場合 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。)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。			(精子回収の有無) 1. 有    2. 無
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号			無
特定不妊治療に 要した領収金額	<p><b>【今回の治療に要した合計金額 ※保険適用診療に限る】</b></p> <p>特定不妊治療費 (男性不妊治療を除く。) 領収金額 円</p> <p>男性不妊治療費 領収金額 円</p> <p>※いずれも高額療養費制度適用後の受診者自己負担額とする。</p>			

(注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2) 日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した奨励登録番号を転記してください。

(注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て金額を記入してください。

**【対象となる治療】**

- 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、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
  - 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、精子を得られない、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対象となります。
- ※採卵に至らないケース（女性に侵襲的治療のないもの）は対象となりません。