

## 特定不妊治療指定医療機関受診等証明書

年 月 日

高知市長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

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、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。

## 記

(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		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 ----- 該当する記号(下記注参照)に を付けてください。 A B C D E F			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
妊娠成立の有無	有 ・ 無			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票登録 の有無	有 (患者認識番号 )・ 無 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した患者識別番号を転記してください。			
領 収 金 額	円			

(注) 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 受精できないことによる中止又は胚の分割停止、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

(注) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は、助成対象となりません。