

不妊治療助成事業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

下記の者については、不妊治療（体外受精・顕微授精）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、今回の治療を実施したことを証明します。

記

（主治医が記入してください。）

（フリガナ） 受診者氏名	夫	（ 年 月 日（ 歳）	妻	（ 年 月 日（ 歳）
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間※	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療方法	該当する番号及び記号に○を付けてください。			
	1 体外受精	2 顕微授精	A B C D E F	
妊娠成立の有無	有 ・ 無			

※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

（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（採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1周期ないし3周期程度の間隔を空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、多精子授精等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2） 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、助成対象となりません。