

様式第4号（第5条関係）（表）

天草市生殖補助医療費治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

天草市長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

電話番号

下記の者について、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

（フリガナ） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者 生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
生殖補助医療の実施状況				
※今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
※治療内容等 （裏面の助成対象 となる治療内容等 を参照）	A B C D E F 該当する記号（裏面参照）に○をつけてください		A、Bの場合の記入 1. 体外受精 2. 顕微授精 （該当する番号に○をつけてください）	
	男性不妊治療を行った場合。行った手術療法・治療医療機関を記載ください。 手術療法名〔 〕 医療機関名〔 〕		（精子回収の有無） 1. 有 2. 無	
今回の移植胚数	A、B、Cの場合に記入 ⇒ （ 年 月 日 個）			
通算の採卵回数	C以外の場合に記入 ⇒ （第 回目）			
通算の胚移植回数	A、B、Cの場合に記入 ⇒ （第 回目）			
妊娠の有無	☐ 有 ☐ 無 ☐ 治療継続 ☐ 未確認			

※ 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治療終了日までを記載してください。

(裏)

※本人負担額の内訳			
区分	保険診療分		医療機関名・薬局名 (証明書を発行する医療機関 以外に受診した場合に記入)
	診療点数	本人負担金額	
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
年 月分			
今回の治療にかかった合計金額			
円			

※本人負担額の内訳の記入について

- 1 生殖補助医療（医療保険法各法に基づく保険適用となるもの。）に係る本人負担額をのみ記入ください。不妊の原因を調べる検査や原因疾患の治療、文書料、個室料等の生殖補助医療に直接関係のない費用は含まないでください。
- 2 他の医療機関や院外処方がある場合は、本人が持参した領収書（明細書含む）から転記してください。

※助成対象となる治療内容等は次のいずれかに相当する者です。

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（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	受精できず、または、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、又は状態の良い卵が得られないため中止

* 採卵に至らないケースは助成の対象となりません。

* 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、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合は対象となります。