

様式第 2 号（第 5 条関係）

鹿島市不妊治療費助成金（生殖補助医療分）に係る受診等証明書

次の者については、体外受精又は顕微授精を実施し、これに係る治療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

主治医

（注）本人が自署（手書き）する場合は押印不要

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受 診 者		夫	妻
	氏 名		
	住 所		※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
	生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療期間（※1）		年 月 日～ 年 月 日	
今回の治療方法 該当する記号に○印をつけてください。		治療ステージ（※2） A・B・C・D・E・F	AまたはBの場合 体外受精・顕微授精
		男性不妊治療（体外受精・顕微授精の一環として行われた治療） 有・無 治療内容 T E S E ・ M E S A ・ P E S A ・ T E S A	
今回の治療に係る 他医療機関への依 頼及び院外処方 の有無（※3）		有（医療機関・薬局名 無	
日本産婦人科学会 UM I N個別調査票 登録の有無		有（症例登録番号 無	
今回の治療に要した金額（※4）（先進医療・自由診療に限る）医療機関及び薬局発行の領収証を添付 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く） 円（税込） 男性不妊治療費 円（税込）			

※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不妊治療終了日までを記載してください。

※2 治療ステージについては、別表を参考にしてください。

※3 助成金の対象は、指定医療機関又は指定医療機関から紹介等を受けた医療機関での治療及び院外処方による投薬です。

※4 手術による精子の採取を行う医療機関として、都道府県等から指定を受けている医療機関が記載してください。

別表 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容		採卵まで			採精 （夫）	受精	胚移植						妊娠の 確認	助成対象 範囲
		薬品投与 （点鼻薬）	薬品投与 （注射）	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
							胚移植	黄体期補 充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補 充療法		
A	新鮮胚移植を実施											助成対象		
B	凍結胚移植を実施													
C	以前に凍結した胚を 解凍して胚移植を実施													
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													
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													
G	卵胞が発育しない、又 は排卵終了のため中止													対象外
H	採卵準備中、体調不良 等により治療中止													

※1 B：採卵・受精後、1～3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※2 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、又は、精子は得られたがG及びHにより治療を中止した場合も、男性不妊治療は助成の対象となります。この場合の当該治療の終期は、不妊治療に係る主治医が当該不妊治療を終了したと判断した日になります。