

様式第2号（第5条関係）

鹿島市不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

次の者については、体外受精及び顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがなく、又は極めて少ないと思われるため、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

Ⓜ

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		年 月 日～	年 月 日
今回の治療方法		1 体外受精(A B C D E F)	妊娠 (有 ・ 無)
		2 顕微授精(A B C D E F)	妊娠 (有 ・ 無)
今回の治療で他の医療機関等への依頼の有無		有 (医療機関名) (薬局名)	
		無	
領収年月日		年 月 日	年 月 日
領収金額 (保険外診療分のみ記入)		_____ 円	

(注) 体外受精、顕微授精の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
- 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、多精子授精などの異常授精等により中止
- 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) は助成対象外。妊娠確認までを助成対象。