様式第2号の2（第4条関係）

特定不妊治療医療機関証明書
（体外受精・顕微授精等）

年　　月　　日

南丹市長　　様

医療機関
所 在 地
名　　称
代 表 者
電話番号

下記のとおり不妊治療（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

（ふりがな） 受　療　者　氏　名	夫	（　　）	妻	（　　）
受療者生年月日及び今回の治療開始時の年齢		年　　月　　日 （　　歳）		年　　月　　日 （　　歳）
今回の治療期間（※1）	年　　月　　日　から　　年　　月　　日　まで			
通　算　治　療　回　数	通算　　回目			
保険点数及び保険診療分の本人負担額	体外受精・顕微授精	＿＿＿＿点	＿＿＿＿円	
	男性不妊治療	＿＿＿＿点	＿＿＿＿円（※2）	
（一般不妊治療・人工授精を同時に行った場合は、該当する内容について、□にチェック願います。）	□ タイミング療法（不妊相談） □ 腹腔鏡手術 □ 人工授精 □ その他（　　）	□ 排卵誘発法（内服・注射） □ その他の手術（　　） □ 検査（治療の一環によるものに限る。）		

本人負担等の内訳	保険診療分			備考
	区分	診療点数	負担金額	
	年　　月分	点	円	
	年　　月分			
	年　　月分			
	年　　月分			
	年　　月分			

今回の治療方法 （該当する番号に○を付けてください。）	A・B・C・D・E・F		（男性不妊治療を行った場合）※2 1．精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 2．精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術
	A又はBの場合	1．体外受精 2．顕微授精	
	A、B又はCの場合	妊娠判定（＋・－）	精子回収の有無※2　　（有・無）

※1　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の期間を記入してください。ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から治療終了日までの期間を記入してください。

※2　主治医の治療方針に基づき、他の医療機関（指定を受けていない医療機関を含む。）で男性不妊治療を実施する場合は、記入は不要です。その場合は、記入欄に斜線等を引いてください。

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、保険適用となるものです。
- 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、母胎の状態を整えるために1～3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目途が立たず治療終了
- E　受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子受精等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

注2　採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、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も、助成対象となります。

注3　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。