

岩内町生殖補助医療受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みが極めて少ないと思われるため、次のとおり治療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地  
主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○をつけてください			
今回の生殖補助医療に要した金額（保険適用自己負担分及び保険適用外）に限ります。文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含みません。				
生殖補助医療費		領収金額		円

（注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。

（注）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・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度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 授精できず、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

\*採卵に至らないケース（女性へは侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。