

特定不妊治療受診等証明書に記載について

特定不妊治療受診等証明書（令和4年4月以降に係る治療分）

下記の者は、特定不妊治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、特定不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関 住所 名称 主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

Form with fields for patient name, date of birth, treatment method, and treatment period.

先進医療を含んだ保険適用による治療を受けられた場合は、先進医療分を含めた領収金額をこちらの「保険適用（先進医療含む）」欄に記載してください。

先進医療を受けられた場合は、先進医療該当分の金額を記載ください。

男性不妊治療の領収金額は、治療の一環として行われた特定不妊治療の記載欄にあわせて記載ください。

Form for insurance application and out-of-pocket treatment details.

先進医療を除く保険外の治療を選択され、すべて保険外となる治療（すべて自費診療）の場合は、こちらの「保険適用外（自費診療）」欄に記載してください。

Additional instructions and notes regarding the form, including dates and specific conditions for insurance coverage.

- 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 授精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等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