

様式第2号（第8条関係）

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

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	（ ）
受診者生年月日 ※1	夫 年 月 日 （ 歳）	妻 年 月 日 （ 歳）
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください。
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 〔 〕 実施医療機関名 〔 〕	（精子回収の有無） 1. 有 2. 無
今回の治療期間 ※2	年 月 日～ 年 月 日	今回の治療による 妊娠の有無 有 無 不明
治療内容及び 領収金額 ※3	<input type="checkbox"/> 保険適用 （先進医療含む）	領収年月日 年 月 日～ 年 月 日 【今回の治療に要した金額合計】 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く。） 領収金額 円 男性不妊治療費（※4） 領収金額 円
	<input type="checkbox"/> 保険適用外 （自費診療）	領収年月日 年 月 日～ 年 月 日 【今回の治療に要した金額合計】 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く。） 領収金額 円 男性不妊治療費（※4） 領収金額 円

※1：年齢は、「今回の治療開始期間」欄に該当する始期の時点における年齢を記載してください。

※2：治療期間については、令和4年4月1日以降に実施した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特定不妊治療終了日までを記載してください。

※3：先進医療は、保険適用及び保険適用外いずれも助成対象です。治療内容については、保険適用又は保険適用外のいずれかに☑し、領収年月日及び領収金額を記載してください。

入院時食事療養費、文書料、個室料その他直接関係のない費用は助成対象外です。

※4：主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収証の提出を受け、主治医が領収金額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、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

※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、又はよい状態の精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注)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。