

徳之島町不妊治療受診等証明書

下記の者については、保険適用による特定不妊治療（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たことを下記のとおり証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

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	夫	妻
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A または B の場合 1. 体外受精 2. 顕微授精	
	該当する記号（注参照）に○を付けてください 該当する番号に○を付けてください	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください (精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日	
男性不妊治療を他医療機関にて行った場合の医療機関名及び治療期間 ※2	医療機関名：	
	治療期間：	

※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。ただし、主治医の医療方針に基づき、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。

※2) 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医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が当該医療機関の名称と治療期間を記載してください。

注) 助成対象となるの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 : 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、又は状態のよい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。