

不妊治療受診に関する証明書

平成 年 月 日

新冠町長様

医療機関所在地
名称
主治医名

(Tel ⑩)

下記の者（夫婦）に対し、保険適用外治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

記

医療機関記入欄

受診者氏名 生年月日	夫	昭和・平成 年 月 日生	妻	昭和・平成 年 月 日生
今回の治療法及び内容 該当する記号（※注2参照）・ 番号に○を記入願います	1 人工授精			
	2 体外受精		A B C D E F	
	3 顕微授精			
保険適用外の治療を必要とする理由				
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
医療費の領収年月日	平成 年 月 日			
領収金額（※注1）	金 円			

※注1 治療に直接関係のない文書料、個室料等の費用は除いて下さい。

※注2 助成対象となる治療は次のいずれかの治療です。採卵に至らないものは対象外です。

- 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週間程度の間隔を開けた後に胚移植を行う治療方針に基づく一連の治療）
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
D 体調不良により移植のめどが立たず治療終了
E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子などの異常授精等による中止
F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止