

様式第2号その2（第6条関係）

阿蘇市生殖補助医療費医療機関受診等証明書

下記の者について、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費（自己負担額）を次のとおり証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者 氏名	(パートナー) 夫	( )	( ) 妻	( )	
		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療法	A B C D E F		AまたはBの場合 (該当する番号に○を付けてください) 1 体外受精      2 顕微授精		
	男性不妊治療を行った場合、行った手術療法・医療機関を記載してください。 手術療法名 [ ]			精子回収の有無	
	医療機関名 [ ]			有 ・ 無	
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日				
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票	[個別登録の有無] 有 (症例登録番号※2 ) ・ 無				
該当するものに 記載をお願いします	<input type="checkbox"/> 治療計画の作成 ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 今回の治療回数 保険診療 ( 回目 ) ・ 保険外診療 ( 回目 ) <input type="checkbox"/> 出産等によるリセット ( 有 ・ 無 ) <input type="checkbox"/> 院外処方した場合 処方内容 [ ]				
自己負担額	(今回の治療にかかった合計金額) 生殖補助医療費 (男性不妊治療費除く) 男性不妊治療費※3		自己負担額 _____ 円 自己負担額 _____ 円		

※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。

※2 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※3 主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む）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書の提出を受け、主治医が領収金額及び治療医療機関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、多精子受精などの異常受精等による中止
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は助成対象となりません。

※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は対象となります。