

様式第2号(第5条関係)

相生市特定不妊治療受診等証明書

下記の者については、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

(あて先)相生市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

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 日生(歳)		年 月 日生(歳)
今回の治療法	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	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日			今回の治療による 妊娠の有無
				有 無 不明
領収金額	(今回の治療にかかった合計金額) 領収金額 円			

(注) 助成対象となる医療は次のいずれかに相当するものとする。

- 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 体調不良等による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、多精子受精などの異常受精等による停止
- 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

(注) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は助成の対象となりません。