

# みやき町不妊治療助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、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、人工授精、体外受精又は顕微授精、凍結胚保存、男性不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

受診者氏名	夫		妻	
受診者住所	夫		妻	※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要。
受診者生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療方法 および内容	1 人工授精		妊娠 ( 有り ・ 無し )	
	2 体外受精	3 顕微授精	妊娠 ( 有り ・ 無し )	
今回の治療内容 (該当するものすべてに○をつけてください)	I. 採卵前に治療中止    II. 採卵実施    III. 受精確認    IV. 胚移植実施 V. 凍結胚移植実施 胚移植までに至らなかった場合その理由： 卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)、 受精・分割異常、 その他 (手術など) _____			
	3 凍結胚保存			
	4 男性不妊治療			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額 (保険外診療分のみ抜粋し記入)	金		円 (税込み)	
	内訳	人工、体外、顕微治療	円 (税込み)	
		凍結胚保存	円 (税込み)	
		男性不妊治療	円 (税込み)	

- ・採卵に向けた準備 (ホルモン注射等) に始まり、受精、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・凍結胚の移植については、凍結胚の融解から開始され、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・医師の判断により、途中で中止 (中絶) された場合は、中止 (中絶) された時点が終期となります。