

様式第3号(第6条関係)

生殖補助医療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 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 B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください		AまたはBの場合 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)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療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			
日本産婦人科学会 UMIN個別調査票登録 の有無	有 → 症例登録番号※2		無	
医療費の額	[今回の生殖補助医療にかかった金額に限ります。文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。] 生殖補助医療費 (男性不妊治療を除く) 医療費総額 円 本人負担額 円 男性不妊治療費※3 医療費総額 円 本人負担額 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生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※2) 日本産婦人科学会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) 主治医の治療方針に基づき、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、主治医が領収金額を記載してください。

(注1) 助成の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、母胎の状態を整えるために、1～3周期程度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 授精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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2) 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。

※先進不妊治療に係る費用は、先進不妊治療費助成事業受診等証明書（様式第6号）に記載してください。