

青森県不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不妊治療を実施したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫 ()	妻 ()
受診者生年月日	昭和 年 月 日 (歳) 平成	昭和 年 月 日 (歳) 平成
今回の治療方法	A B C D E F 男性不妊 該当する記号・治療(注4参照)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
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~	年 月 日
妊娠成立の有無	有 ・ 無 ・ 治療中止	
院外処方の有無	有 ・ 無	
領収金額	[今回の治療にかかった金額 ※保険に係る自己負担額に限る]	
	不妊治療費 (自医療機関実施分)	領収金額 _____ 円
	不妊治療費 ※2 (他医療機関実施分)	領収金額 _____ 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治療計画を作成し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治療終了日までを記載してください。

※2) 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で不妊治療(男性不妊治療を含む)を行った場合は、患者から他医療機関に支払った領収書の提示を受け、主治医が金額を記入してください。

- (注1) 助成対象となる治療は、公的医療保険適用の生殖補助医療です。
公的医療保険適用の生殖補助医療に伴い、公的医療保険を適用して行った男性不妊治療は助成対象となります。
- (注2) 公的医療保険適用の生殖補助医療と併用される先進医療は助成対象外です。
- (注3) 主治医の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合であっても、公的医療保険が適用される場合は助成の対象とします。
- (注4) 今回の治療方法は、次のいずれかに相当するものが記載してください。
- 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げ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、または、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