

### 不妊治療費助成事業受診等証明書【保険適用分】

下記の者については不妊治療を実施し、これに係る医療費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	（ ） 年 月 日 （ 歳 ）	妻	（ ） 年 月 日 （ 歳 ）
今回の治療方法	生殖補助医療 （特定不妊治療）	[治療ステージ] 注1) A B C D E F 該当する記号に○を付けてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微受精 （該当する番号に○を付けてください）	
	男性不妊治療	男性不妊治療を行った場合、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
	一般不妊治療 その他不妊治療	・タイミング療法（実施（ ）回）・未実施） ・人工授精（実施（ ）回）・未実施） ・その他（ ）			
今回の治療理由					
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療内容					
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（ ）			無
領収金額	【費用項目】		【保険適用分】注2)		【保険適用外分】
	①	生殖補助医療（特定不妊治療）費 （男性不妊治療分を除く）	円	円	円
	②	男性不妊治療費	円	円	円
		一般不妊治療費 その他不妊治療費	円	円	円

注1) 対象範囲は「別添1（各不妊治療の治療ステージと助成対象範囲）」を参照

注2) 保険適用後の金額を記載してください。また、高額療養費制度が適用される金額となった場合、自己負担限度額を記載してください。

別添1（各不妊治療の治療ステージと助成対象範囲）

治療内容	採卵まで			採精（夫） 注2)	受精 （前培養・媒精（顕微授精）・培養）	胚移植					妊娠の確認 （胚移植のおおむね2週間後）	助成対象
	薬品投与（点鼻薬） （自然周期で行う場合もあり）	薬品投与（注射） （自然周期で行う場合もあり）	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			
						胚移植	黄体期補充療法		胚移植	黄体期補充療法		
A 新鮮胚移植を実施	→					→					→	○
B 凍結胚移植を実施 ※1)	→							→			→	○
C 以前に凍結した胚を凍結して胚移植を実施								→			→	○
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り中止	→											○
F 排卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止	→											○
G 卵胞が発育しない、または排卵終了のため中止	→											×
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止	→											×

注1) 採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

注2) 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、また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。