

不妊治療費助成申請に係る証明書

次の者については、特定不妊治療（体外受精，顕微授精）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次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

指定医療機関の住所
名称

印

指定医療機関記入欄（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		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
領収年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く）				
領収金額 _____ 円				
男性不妊治療費※3（医療機関名 _____ ）が領収				
領収金額 _____ 円				
【今回の治療にかかった金額合計：保険外診療に限ります。】				
○今回の治療方法（該当する番号に○をつけてください。）				
1 体外受精				
2 顕微授精				
○今回の治療内容（該当する記号に○をつけてください。）※1				
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				
その他：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中止				
○男性不妊治療を行った場合（該当する記号に○をつけてください。）				
1：精巣内精子回収法（TESE（C-TESE，M-TESE））				精子回収の有無 1：有 2：無
2：精巣上体精子吸引法（MESA）				
3：精巣内精子吸引法（TESA）				
4：経皮的精巣上体精子吸引法（PESA）				
5：その他（ _____ ）				
○男性不妊治療の治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
その他特記事項				
○今回の治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
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特定不妊治療終了日までを記載してください。				
○日本産科婦人科学会UM I N個別調査票登録の有無				
有 → 症例登録番号※2（ _____ ）				
無				
主治医氏名 _____ 印				
（主治医が自署若しくは記名押印）				

※1 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

※2 日本産科婦人科学会UM I N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，他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は，患者から領収書又は証明書の提出を受け，主治医が領収金額を記載してください。

指定医療機関以外で男性不妊治療を行った医療機関の証明書

不妊治療のうち男性不妊治療費の助成申請に係る証明書

次の者について、**特定不妊治療の一環となる男性不妊治療を実施し**、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の住所
名 称

印

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		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
領収年月日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
男性不妊治療費 領収金額 _____ 円 [今回の治療にかかった金額合計：検査費は除きます。]				
○男性不妊治療を行った場合 (該当する記号に○をつけてください。) 1：精巣内精子回収法 (TESE (C-TESE, M-TESE)) 2：精巣上体精子吸引法 (MESA) 3：精巣内精子吸引法 (TESA) 4：経皮的精巣上体精子吸引法 (PESA) 5：その他 ()				精子回収の有無 1：有 2：無
その他特記事項 ○今回の治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ○特定不妊治療を行う指定医療機関名 ()				

主治医氏名 _____ 印
(主治医が自署若しくは記名押印)