

様式第2-1号（第5条関係）

守谷市特定不妊治療費助成事業受診証明書

守谷市長 宛て

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない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（※主治医が記入又は該当箇所に✓を記入してください。）

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
治療方法	<input type="checkbox"/> 助成対象の治療（注1）を行った ※該当する場合、✓を記入してください	
妊娠の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※該当する方に、✓を記入してください	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日（注2） ※期間の末日は、妊娠確認又は治療を中止した日を記入してください	
領収金額	[今回の治療のために受診者が支払った額] 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く）  領収金額 円	
備考（注3）		

注1（1）助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- ・新鮮胚移植を実施
- ・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）
- ・以前に凍結した胚による胚移植を実施
- ・体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- ・受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常等による中止
- ・採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

（2）採卵にいたらないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は対象となりません。ただし、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、又は状態の良い卵子が得られないため治療を中止した場合に限り、採卵をしていなくても助成の対象とします。

注2 採卵準備また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特定不妊治療終了日までを記載してください。

注3 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、当該医療機関名を記載してください。