第２号様式

横浜市特定不妊治療費助成受診等証明書

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、これに係わる医療費を以下のとおり領収したことを証明します。

発行年月日：　　年　　月　　日
医療機関の所在地：
医療機関の名称：
主治医氏名：　　印

主治医が記入してください。

（ふりがな） 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）	
今回の治療期間※１	平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日			
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有　→ 症例登録番号　※２		無	
領収金額	領収年月日　平成　　年　　月　　日　※３ 領収金額　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円　※４			

※１　治療期間の終了は、原則として、妊娠を確認した時点又はその時点に至るまでに医師の判断でやむを得ず治療を中断した時点となります。

※２　日本産科婦人科学会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　領収日が治療期間外の場合に領収日（期間後の場合は最後の領収日）を記載してください。

※４　保険外診療の治療費のみ記載してください。

１　入院室料、食事代、文書料等直接治療に関係のない費用は含みません。

２　凍結胚の管理料は含みません。

但し、入院料のうち、治療に不可欠なものについては、医師の証明があれば算定できます。

（注）記載事項を訂正する場合は、主治医の印と同じ訂正印が必要です。

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。

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周期程度の間隔をあけた後に胚移植を行うとの主治医が立てた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、胚移植の断念を主治医が判断し、胚凍結して治療終了

Ｅ　受精できず、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

（注）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。