

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：

主治医の氏名：

主治医が記入してください。(注)記載事項を訂正する場合は、訂正印が必要です。

(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 ※下記 ^{枠内} 参照	A B C D E F ※該当する記号に○を付けてください。		A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 ※該当する番号に○付けてください。	
	精子を採取するために行った手術療法を選択してください。 <input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法 (TESE (C-TESE M-TESE)) <input type="checkbox"/> 精巣上体精子吸引法 (MESA) <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引法 (TESA) <input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体精子吸引法 (PESA)			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~		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	
領収年月日	年 月 日 ※3			
領収金額	男性不妊治療費以外 _____円 男性不妊治療費 _____円 ※4			

※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後終了日までを記載してください。

※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 主治医の治療に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った医療機関が第2-2号様式を記載してください。

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。

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。