

（表）

川越市特定不妊治療支援事業受診等証明書

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下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関所在地
 指定医療機関名称
 主治医氏名
 主治医連絡先 TEL

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
今回の治療方法	A B C D E F (該当する記号（下記注参照）に○を付けてください) (男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法に✓してください)		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)
	<input type="checkbox"/> 精巣内精子回収法 (TESE (C-TESE, M-TESE))	<input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引法 (TESA)	(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		
今回の治療結果	(該当する番号に○をつけてください) 1. 妊娠に至った (この場合、妊娠とは胎嚢が確認された症例を指し、妊娠反応のみ陽性の症例は含まない) 2. 妊娠に至らなかった		
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
その他特記事項			
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る] 特定不妊治療費 領収金額 円 男性不妊治療費 領収金額 円		

※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下さい。(自然周期で採卵を行う場合は、投薬前の発育モニターやホルモン検査等を実施した日が治療開始日となります。)なお、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。
 ※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。

(裏)

(注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。

- 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周期の間隔をあげ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、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

※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治療を中止した場合も助成の対象となります。ただし、通算助成回数に含まれます。

(注2) 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。