

受給者番号 (練馬区が記載)					
-------------------	--	--	--	--	--

特定不妊治療受診等証明書

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また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

印

(病院印もしくは院長印)

所在地

【医療機関（主治医）が記入すること】

(フリガナ)			
氏名	対象者	配偶者	
生年月日	年 月 日	年 月 日	
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	年 月 日 ~	年 月 日	
領収金額	〔今回の特定不妊治療にかかった金額(保険適用外)に限ります。〕 文書料や保険適用の治療費等は含まないでください。  領収金額 _____ 円		

主治医氏名

印

(注) 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。O H S S(卵巢過剰刺激症候群)等を含む。)
- 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

(注) 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。