

様式第4号(第7条関係)

玉城町特定不妊治療費受診等証明書
(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用)

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以下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

所在地

主治医氏名

【医療機関記入欄(主治医が記入すること)】

以下について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- 今回の治療までに実施した胚移植術の実施回数の合計が、下記のとおりであり、保険適用の治療における上限回数に達していることを確認しました。
- 今回の治療は、保険適用外の治療で実施しました。

(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(※1参照)に○を付けて下さい)		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 (※2)	年 月 日 ~		年 月 日	
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

(※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。

なお、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。

- 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、母胎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)
- 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

(※2) 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。