

受給者番号

--	--	--	--	--	--

福岡県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施し、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。

平成 年 月 日

医療機関の名称
所在地
連絡先
主治医氏名

印

指定医療機関記入欄(主治医記入)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療方法	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。)		A B C D E F (該当する記号(注参照)に○を付けてください。)	
	精子回収の有無 1. 有(下記の該当する番号に○を付けてください。) 2. 無 1. TESE(精巣内精子回収法) 3. TESA(精巣内精子吸引法) 2. MESA(精巣上体精子吸引法) 4. PESA(経皮的精巣上体精子吸引法)			
今回の治療期間※1	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (うち、男性不妊治療の期間平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)			
治療内容	妊娠判定→(+ -)該当する記号に○を付けてください。			
日本産婦人科学会UMIN 個別調査票登録の有無	有 →症例登録番号※2		無	
領収金額	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 (男性不妊治療費除く) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費※3 領収金額 _____ 円			
備考※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。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。

※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関(指定を受けていない医療機関である場合を含む)で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※4 治療の一部を他の医療機関に依頼した場合及び院外処方による投薬がある場合も助成対象となります。
(備考欄に記載)

(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(D判定後1年以内の治療再開が不可能な場合)

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

※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。

(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。

詳細については、「別添 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」を参照