

四万十市不妊治療費等助成事業医療機関等証明書

年 月 日

四万十市長 様

(医療機関)
所在地
名称
主治医氏名
電話番号

下記のとおり、不妊治療等（人工授精・生殖補助医療）を実施し、治療費を領収したことを証明します。

記

人工授精									
夫	受診者氏名	フリガナ			妻	受診者氏名	フリガナ		
	生年月日	年 月 日				生年月日	年 月 日		
	年度において人工授精を行なった期間 年 月 日 ～ 年 月 日								
年度において行なった人工授精について記入して下さい。									
第1回	年 月 日	～	年 月 日	領収金額	円	院外処方（有（日）・無（日））			
第2回	年 月 日	～	年 月 日	領収金額	円	院外処方（有（日）・無（日））			
第3回	年 月 日	～	年 月 日	領収金額	円	院外処方（有（日）・無（日））			
第4回	年 月 日	～	年 月 日	領収金額	円	院外処方（有（日）・無（日））			
第5回	年 月 日	～	年 月 日	領収金額	円	院外処方（有（日）・無（日））			
第6回	年 月 日	～	年 月 日	領収金額	円	院外処方（有（日）・無（日））			
年度人工授精費用合計領収金額					円				
特記事項									

生殖補助医療										
夫	受診者氏名	フリガナ			妻	受診者氏名	フリガナ			
	生年月日	年 月 日				生年月日	年 月 日			
	(該当する番号及び記号に○を付けてください。)									
今回の治療方法	1 体外受精 2 顕微授精				(注1) A B C D E F					
	他医療機関へ依頼（有・無）(注2)				院外処方（有・無）					
	・医療機関名（ ）				年 月 日 ～ 年 月 日					
	・指示内容（ ）				年 月 日 ～ 年 月 日					
・上記の医療費は、今回の領収金額に（含む・含まない）				年 月 日 ～ 年 月 日						
今回の治療期間(注3)		年 月 日 ～ 年 月 日								
領収金額		(今回の治療にかかった金額合計) 領収金額 円								
特記事項		・妊娠成立の有無（有・無） ・助成対象外の有無（有・無）※有の場合、以下を記入してください。 ⇒ 年 月 日 円、項目（ ）								

(注1) 体外受精及び顕微授精の対象範囲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 排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）
C 以前に凍結した胚による胚移植を実施（胚移植前に体調不良等により移植のめどが立たずに治療終了した場合を除く）
D 採卵後に体調不良等による移植のめどが立たずに治療終了
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2) 今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。

(注3) 採卵準備又は凍結胚移植を行うための治療計画を作成した日から治療終了までを記入してください。

(注4) 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。