

第2号様式（第6条関係）

不妊治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、不妊治療等（一般不妊治療・男性不妊治療・特定不妊治療・不育治療）を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

受診者	(ふりがな) 氏名	夫	( )	妻	( )
	生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	(注) 助成対象となるのは、次のいずれかに相当するものです。 該当する番号・記号（注参照）に○を付けてください。 1 診察 2 検査（頸管・性交後検査・精液検査等） 3 ホルモン治療 4 処置（卵管通気検査・子宮卵管造成検査・腹腔鏡検査、手術） 5 人工授精 6 体外受精又は顕微授精（注 A・B・C・D・E・F） 7 不育症（検査・薬物療法（内服・注射）・手術） 8 その他（ ）				
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
日本産婦人科学会UMIN個別調査登録の有無	有→患者識別番号※			無	
領収金額	[今回の不妊治療にかかった治療費の合計] 領収金額 円 [男性不妊治療にかかった治療費の合計 ] 領収金額 円				

※日本産婦人科学会UMIN個別調査票に登録した患者識別番号を転記してください。

- (1) 助成申請者は、裏面又は別紙に医療機関発行の領収書を添付してください。
- (2) この証明書を鹿児島県外の医療機関が発行するときは、当該医療機関所在地の都道府県市の自治体の長が、不妊治療等を実施する医療機関として指定したものであることを証明する書類を添付してください。

㊦ 特定不妊治療の助成対象となるのは、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までの一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母胎の状態を整えるため1～3周期の間隔を空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 受精できないこと、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。