

(様式2号)

吉野ヶ里町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、人工授精、体外受精、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又は極めて少ないと思われるため、人工授精または体外受精若しくは顕微授精を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領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

受診者氏名	夫		妻	
受診者住所	夫		妻	※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要。
受診者生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
子どもの有無	無 有 (1人 2人 3人 4人以上)			
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日			
今回の治療方法および内容 今回の治療内容 (該当するものすべてに○をつけてください)	1 人工授精 妊娠 (有り ・ 無し) ----- 2 体外受精 3 顕微授精 妊娠 (有り ・ 無し) I. 採卵前に治療中止 II. 採卵実施 III. 受精確認 IV. 胚移植実施 V. 凍結胚移植実施 胚移植までに至らなかった場合その理由： 卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)、 受精・分割異常、 その他 (手術など) _____			
領収年月日	年 月 日～ 年 月 日			
領収金額 (保険外診療分のみ抜粋し記入)	金		円 (税込み)	

※ 医療機関発行の領収書をご持参ください。

- ・採卵に向けた準備 (ホルモン注射等) に始まり、受精、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・凍結胚の移植については、凍結胚の融解から開始され、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・医師の判断により、途中で中止 (中断) された場合は、中止 (中断) された時点が終期となります。