

様式第2号(第7条関係)

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

(村記入)

天栄村特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、特定不妊治療以外の治療法によって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下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

天栄村長

指定医療機関の名称
指定医療機関の所在地
主治医氏名

指定医療機関記入欄(主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()					妻	()				
		年	月	日	年	月		日				
受診者 生年月日												
今回の治療方法	A B C D E F						A 又は B の場合 (該当する番号に○) 1 体外受精 2 顕微授精					
	該当する記号(注参照)に○をつけてください						C の場合 体外(顕微)受精の日 年 月 日					

今回の治療期間 年 月 日 ~ 年 月 日

当該患者が過去に行った特定不妊治療について記入してください。

1 体外受精 実施()回 ・ 未実施
2 顕微授精 実施()回 ・ 未実施

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)										
	領収金額 _____ 円										

(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 排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵、授精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期の感覚を開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たたず治療終了
- E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

(注)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

【領収書(写し可)は裏面に貼付又は別紙に貼付して添付してください。】