

受付番号	F					
------	---	--	--	--	--	--

(受付番号は保健福祉センターで記入します。)

川崎市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

次の者については、特定不妊治療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、特定不妊治療を実施し、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。

平成 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)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和・平成 年 月 日 (歳)		昭和・平成 年 月 日 (歳)
今回の治療について	・実施した治療 (下の注参照) A B C D E F			
※A及びBの場合 記入してください。	・治療方法(1 体外受精 2 顕微授精) ・治療結果(1 妊娠有 2 妊娠無)			
※Cの場合 記入してください。	・治療結果(1 妊娠有 2 妊娠無)			
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号 _____ 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。			無
領収金額	領収金額 _____ 円 (今回の特定不妊治療 (保険外診療) に要した治療費用 (※1))			

- (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周期程度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
 - 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
- (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。

(※1) 助成申請者は、今回の特定不妊治療に係る領収書 (指定医療機関発行の体外受精、顕微授精に要した費用の領収書、ただし、入院室料、食事代等直接治療に関係のない費用は含みません。) の写しを「領収書貼付用紙」に貼付して提出してください。