

## 特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

京都府知事 様

医療機関

所在地

名称

代表者

電話番号

㊟

下記の者については、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、又は極めて少ないと判断されるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

### 記

(ふりがな) 受療者氏名	夫	( )	妻	( )
受療者生年月日		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
特定不妊治療に係る治療費 (※保険外診療に限る)	領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	領収金額	円		
治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○をつけてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)	
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※ ( )	無	

※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。

(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 授精できず、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。