

第2号様式(第4条関係)

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

主治医

電話番号

印

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

この治療は、胚移植について保険診療の対象となる移植回数を超えたために、保険外診療となったものであることを証明します。	胚移植の回数
	回

(ふりがな) 受療者氏名	夫	()	妻	()
受療者生年月日及び今回の治療開始時の年齢		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
今回の治療期間※1	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	特定不妊治療費 _____ 円 (男性不妊治療費を除く。) 男性不妊治療費※2 _____ 円		
今回の治療方法等 (該当する番号等に○を付けてください。)	A B C D E F			(男性不妊治療を行った場合)※2
	A又はBの場合	1 体外受精 2 顕微授精		1 精巣内精子生検採取法(TESE)又は精子を精巣から採取するための手術 2 精巣上体内精子吸引法(MESA)又は精子を精巣上体から採取するための手術
	A、B又はCの場合	妊娠判定(+・-)		精子回収の有無※2(有・無)
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※3 () 無			

※1 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までの期間を記入してください。ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から特定不妊治療終了日までの期間を記入してください。

※2 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関(指定を受けていない医療機関を含む。)で男性不妊治療を実施する場合は、記入は不要です。その場合は、記入欄に斜線等を引いてください。

※3 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1 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目途が立たず治療終了

E 受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子授精等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2 採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も、助成対象となります。

注3 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。