

別記様式第3号（第5条関係）

日野町不妊治療費補助金に係る受診等証明書

下記の者について、以下に記載する不妊治療を実施したので、治療の内容とこれに係る費用について次のとおり証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

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					
受診者生年月日	夫	昭和 平成 年 月 日 (歳)	妻	昭和 平成 年 月 日 (歳)	
今回の治療法	特定不妊治療 1. 体外受精 2. 顕微授精 一般不妊治療 3. 人工授精 (該当する番号に○をつけてください)		A B C D E F ※左記で1または2に○をされた場合のみ (該当する記号（注参照）に○をつけてください)		
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日		
領収金額	今回の治療にかかった合計金額（※保険外診療分に限る。） 領収金額 円				
備考 ※1					

※1 「備考」には今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。（この記載がないと、今回の不妊治療費とみなすことができません。）

(注) 補助対象となる特定不妊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受精等による中止
- 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）は補助対象となりません