

様式第4号（第7条関係）

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

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。

年 月 日

証明医療機関 所在地
名称
主治医氏名

㊟

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（※1）に○を付してください。		1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付してください。	
今回の治療期間	年 月 日から		年 月 日まで	
日本産婦人科学会 UMIN個別調査票登録の有無	有 症例登録番号（※2） ()			無
領収金額	今回の治療（保険外診療に限る。）に要した合計金額 円			

備考

- 1 助成申請者は、医療機関発行の領収書を添付してください。
- 2 この証明書を鹿児島県外の医療機関が発行するときは、当該医療機関所在地の都道府県の自治体の長が特定不妊治療を実施する医療機関として指定したものであることを証明する書類を添付すること。

<p>※1 助成対象となるのは、次のいずれかに相当するものです。</p> <p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>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）</p> <p>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良等により移植の目処が立たず治療終了</p> <p>E 受精できず、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</p> <p>F 採卵したが、卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止（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。）</p> <p>※2 日本産婦人科学会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。</p>
