

別記第1号様式（第3条関係）

石狩市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

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、これに係る医療費等を以下のとおり徴収したことを証明します。

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		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 〔裏面の「注意事項1」に示す区分によって、あてはまるものに○をつけてください。〕			
	上記治療と同時に男性不妊治療を行った場合 ・精子回収の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
今回の治療期間(注1)	年 月 日 ~		年 月 日	
今回の治療対象・回数	第_____子 (A B Cの治療時のみ) 胚移植術_____回目			
領 収 金 額	〔今回の治療にかかった保険診療の自己負担額(注2)〕			
	特定不妊治療費(男性不妊治療を除く。)	領収金額	円	
	男性不妊治療費(注3)	領収金額	円	
	本受診等証明書の発行手数料		領収金額	円
限度額適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	院外処方の有無(注4)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

(注1) 治療期間については、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を記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

(注2) 限度額適用認定証の提示があった場合は、適用後の自己負担額を記載してください。

(注3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(注4) 院外処方の有無が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象になります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要になります。

(注意事項1) 助成対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです

- 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、又は、胚の分割停止、変性、多精子受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

※男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）を実施した場合（Cの場合を除く。）
又は採卵準備前に男性不妊治療を行ったが精子が得られない、若しく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の対象となり、別途計上できます。

(注意事項2) 採卵に至らない場合（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。