

様式第2号（第5条関係）

森町特定不妊治療医療機関等証明書

森町長 様 令和 年 月 日

医療機関 所在地
名称
代表者
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か又は極めて少ないとおもわれるため、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。

医療機関記入欄

受診者	(フリガナ) 氏名	夫 ()	妻 ()
	生年月日	年 月 日 () 歳	年 月 日 () 歳
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 治療終了 <input type="checkbox"/> 治療継続中		
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号に○を付けてください	A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください	
個別調査票登録の有無	無 ・ 有 → 症例登録番号 _____ 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。		
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計を記載願います。] 円		

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週間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 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（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。