第２号様式（第７条関係）

受給者番号					

久留米市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

次の者については、体外受精又は顕微授精以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか極めて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精による不妊治療を実施し、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

医療機関の名　称
所在地
連絡先
主治医氏名

指定医療機関記入欄（主治医記入）

（ふりがな） 受診者氏名※1	夫	（　　）	妻	（　　）
生　年　月　日		年　　月　　日		年　　月　　日
今回の治療方法	Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ 該当する番号(備考欄参照) に○を付けてください。		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。）	
	男性不妊治療を行った場合、該当する手術法に○を付けてください。 １．ＴＥＳＥ　２．ＭＥＳＡ　３．ＴＥＳＡ ４．ＰＥＳＡ　５．その他（　　）		（精子回収の有無） １．有　２．無	
治療内容※2	妊娠判定→（　＋　　－　）該当する記号に○を付けてください。			
今回の治療期間 ※3	年　　月　　日　～　　年　　月　　日 〔うち、男性不妊治療期間 年　　月　　日　～　　年　　月　　日〕			
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※4		無	
領 収 金 額	今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る。） 特定不妊治療費（男性不妊治療費除く）　領収金額　　円 男性不妊治療費　領収金額　　円		備考	

※１　ご夫婦の氏名及び生年月日は、申請者が記入してください。

※２　男性不妊治療を行ったが、特定不妊治療に繋がらなかった場合（精子が採取できない、または状態が良くないため途中で中止）は、特定不妊治療に至る過程の治療であったことを記載してください。

※３　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、〔〕内にその治療期間を記載してください。

※４　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。

（裏面に備考あり）

（備考）　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

※母体の状態により、治療の継続が不可能と診断された場合。数周期の間をあけて患者の体調回復を待ち、胚移植を実施する場合は治療継続中とみなす。1年をたたずに治療を再開するようなケースは‘D’に相当しない。

E　受精できず、又は胚の分割停止、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（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。詳細については、「別添　体外受精、顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」を参照してください。