第２号様式（第６条関係）

受給者番号		（記入不要）

特定不妊治療受診等証明書（焼津市特定不妊治療費補助金用）

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、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

指定医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

指定医療機関記入欄（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 該当する記号（注）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）
今回の治療経過 （採卵、受精、胚移植、妊娠判定等の日程・経過を記入してください）				
今回の治療期間		年　月　日　～　　年　月　日		
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※（　　）		無
領収金額		〔今回の治療にかかった診療額合計〕・保険外診療に限る。 領収金額　　円		

※　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。

（注）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

(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。