

富山市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方について、以下の事項を証明します。(□に☑を記載ください。)

- 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又は極めて少ないと思われるため、体外受精又は顕微授精を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したこと。
- 令和4年4月1日以降に開始した特定不妊治療について、保険診療による胚移植術(以前に行った特定不妊治療により作られた受精胚による凍結胚移植を含む。)を通算6回実施済みであること。

年 月 日

医療機関の名称  
 医療機関の住所  
 主治医氏名

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				
受診者生年月日	夫	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	妻
				※今回の治療期間初日時点の年齢 昭和 平成
今回の治療方法(該当する記号に○を付けてください) 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、または、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。				AまたはBの場合  1. 体外受精  2. 顕微授精  [ 該当する番号に ] [ ○をつけて下さい ]
○今回の治療内容				
○今回の治療状況等(該当するところに○をつけてください。)				
妊娠反応(有・無) 胎嚢の確認(有・無・不明) 合併症(無・有)(有の場合:採卵時の腹腔内出血・感染・卵巣過剰刺激症候群・子宮外妊娠)				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
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 ] 領収金額 円			