

年 月 日

阿賀町長 様

指定医療機関の
所在地・名称

主治医氏名 印

阿賀町特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者は、特定不妊治療（体外受精及び顕微受精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないかまた極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

記

指定医療機関記入欄（治療に関する事項は主治医がご記入ください。）

対象者	夫	ワガナ（ 氏名 生年月日 昭・平 年 月 日（ ）歳	妻	ワガナ（ 氏名 生年月日 昭・平 年 月 日（ ）歳
特定不妊治療を必要とした理由				
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（裏面参照）に○を付けてください。			
	AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微受精 （該当する番号に○を付けてください。）			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
今回の治療内容 （治療を中断した場合は、その経過も記入してください）	1) GnRha 使用（あり・なし） 年 月 日 2) 排卵誘発剤使用（あり・なし） 年 月 日 3) 採卵（または採卵を中止）した日 年 月 日 4) 受精卵数 個 5) 胚移植（または胚移植を中止）した日 年 月 日 6) 胚移植数 個 7) 凍結受精卵胚数 個 8) 治療経過（妊娠判定結果、中止・中断理由等）			
領収年月日	年 月 日 ～ 年 月 日			
領収金額	_____ 円【今回の特定不妊治療に保険外診療として要した費用（※1）】			

（裏面へ）

(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 新鮮胚移植を実施するもの
- B 排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施するもの
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施（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）
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療を終了するもの
- 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り治療を中止するもの
- F 排卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないために治療を中止するもの

(注) 排卵に至らないケース（女性へ侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

※1. 保険外診療のみ記載してください。ただし、消費税、入院費、食事代、文書料、凍結された精子、卵子、受精胚の管理料（保存料）は含めないでください。