

第2-1号様式 (第6条関係)

千歳市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、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、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。

令和 年 月 日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日生 ( 歳)		年 月 日生 ( 歳)
今回の治療法	A B C D E F 該当する記号に○をつけてください		AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微鏡授精 該当する番号に○をつけてください	
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			

(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、母胎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)

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、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

※ 以下のC、Fについては助成対象外となります。

C 以前に凍結した胚による胚移植

F 採卵した卵が得られない、又は状態の良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) は助成対象とはなりません