

(様式2号)

神埼市不妊治療助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、人工授精、体外受精、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、人工授精または体外受精若しくは顕微授精を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

| | | | | |
|--|---|--------|----------------|--------------------------------|
| 受診者氏名 | 夫 | | 妻 | |
| 受診者住所 | 夫 | | 妻 | ※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要 |
| 受診者生年月日 | 夫 | 年 月 日 | 妻 | 年 月 日 ※治療開始日時時点で43歳以上の方のみ対象 |
| 子どもの有無 | 無 有 (1人 2人 3人 4人以上) | | | |
| 今回の治療期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 今回の治療方法 および内容 今回の治療内容 (該当するものすべてに○をつけてください) | 1 人工授精 | | 妊娠 (有り ・ 無し) | |
| | 2 体外受精 | 3 顕微授精 | 妊娠 (有り ・ 無し) | |
| | I. 採卵前に治療中止 II. 採卵実施 III. 受精確認 IV. 胚移植実施 V. 凍結胚移植実施 | | | |
| | 胚移植までに至らなかった場合その理由： 卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)、 受精・分割異常、 その他 (手術など) _____ | | | |
| 領収年月日 | 年 月 日～ 年 月 日 | | | |
| 領収金額 (保険外診療分のみ抜粋し記入) | 金 | | 円 (税込み) | |

※ 医療機関発行の領収書をご持参ください。

- ・採卵に向けた準備 (ホルモン注射等) に始まり、受精、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・凍結胚の移植については、凍結胚の融解から開始され、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・医師の判断により、途中で中止 (中断) された場合は、中止 (中断) された時点が終期となります。