

中標津町不妊治療助成事業医療機関受診等証明書

中標津町長 様

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

次のとおり不妊治療を実施したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
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(【対象となる治療】参照)に○をつけてください。		A又はBの場合 1. 体外授精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください。)	
	男性不妊治療をおこなった場合は、行った手術を記載してください。			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間 (※)	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療への 保険適用	今回を含めこれまでの保険適用で治療した回数 ()回 ※胚移植の算定回数。原則D~Fは回数に含まない。			

(※) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から不妊治療終了日までを記載してください。

【対象となる治療】

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、又は、胚の分割停止、変性、多精子授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
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子を得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も対象となります。
※採卵に至らないケース(女性に侵襲的治療のないもの)は対象となりません。