

第6-1号様式(第5条関係)

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、特定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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴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

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	夫 ()	妻 ()
受診者生年月日	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(注参照)に○を付けて下さい	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○を付けてください)
	男性不妊治療を行った場合、記載してください 行った手術療法 _____ 行った医療機関 当院 他医療機関 () ※いずれか又は両方に○をつけてください	(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日 (男性不妊治療分)	年 月 日 ~ 年 月 日
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※2	無
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〕 特定不妊治療費(男性不妊治療費除く) 領収金額 円 男性不妊治療費※3 領収金額 円	

※1) 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日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特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2) 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※3) 主治医の属する医療機関で男性不妊治療を行った場合、当該男性不妊治療にかかる領収金額を記載してください。(他の医療機関で行った男性不妊治療にかかる領収金額は、記入しないで下さい。)

(注1) 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周期の間隔をあげ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 令和4年3月31日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、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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2) 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。

○男性不妊治療費のうち助成の対象となる治療は次のとおりです。

- ・特定不妊治療に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法(TESE)または精巣上体内精子吸引採取法(MESA)、その他精子を精巣または精巣上体から採取するための手術等。但し、保険外診療に限る。
- ・指定医療機関からの紹介等により、他医療機関で治療したものを含む。