様式第２号（第７条関係）

**豊岡市特定不妊治療受診等証明書**

豊岡市長　様

次の者は、生殖補助医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判断したため、生殖補助医療による不妊治療を実施し、これにかかる医療費を以下のとおり領収したことを証明します。

年　　　月　　　日

実施医療機関の所 在 地

名　　称

電話番号

主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

実施医療機関記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  受診者氏名 | | 夫 | |  | 妻 |  | | | |
|  |  | | | |
| 受診者生年月日 | | 年　　月　　日(　　　歳) | 年　　月　　日(　　　歳) | | | |
| 治療区分 | 該当する記号に○を記入してください。  　※採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象外です。  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  Ｃ　 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施  Ｄ　 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了  （自然妊娠による治療終了は助成対象外）  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、または状態のよい卵が得られないため中止 | | | | | | | | |
| □ | | 生殖補助医療による男性不妊治療（TESE等）を実施  ※該当する場合は☑を記入してください。 | | | | | | |
| 治療期間 | 年　　月　　日 ～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | 今回の治療による妊娠の有無（〇をつけてください） | | |
| 有 | 無 | 不明 |
| 上段の  治療期間  における  領収金額 | 領収金額（男性不妊治療費を除く）合計　　　　　　　　　　　　　　　円  領収金額（ 男性不妊治療費の額 ）合計　　　　　　　　　　　　　　　円  ※部屋代、食事代、病衣代、文書料、サプリメント代等を除いて記入してください。  ※主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が男性不妊治療費の領収金額を記入してください。 | | | | | | | | |