

(様式3)

様式第2号(第5条関係)

丸亀市こうのとりのり支援事業受診等証明書

保険外診療用

次の者については、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、又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

丸亀市長 宛

指定医療機関 所在地
名称
主治医氏名
TEL

指定医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

Table with columns for patient name, date of birth, treatment method (A-F), treatment period, and payment amount. Includes sub-headers for husband and wife.

- ※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。
※2 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院室料(差額ベット代等)、食事療養費、文書料等は助成の対象外となりますので、領収金額から除いてください。
※3 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、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。

(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: 排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、多精子受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、精子が得られない、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助成の対象となります。

(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。