

医療実施証明書

下記の者については、不妊治療が必要であり、過去の不妊治療の経過等を十分考慮し、次のとおり医療保険適用外の治療（配偶者間の治療）を実施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（太枠は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		年 月 日
今回の治療方法 該当する記号等に ○を付けてください	○特定不妊治療の場合 A・B・C・D・E・F ※下記の(注)1をご参照ください  ○今回の治療に伴う男性不妊治療の実施 あり(採精あり)・あり(採精できず)・なし		AまたはBの場合  体外受精・顕微授精	
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	※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。 有 → 症例登録番号： _____ ・ 無			
(a) 特定不妊治療の一部を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名			医療保険適用外負担額 円	
(b) 精巣内精子回収術を他の医療機関に依頼した場合の医療機関名			医療保険適用外負担額 円	
(c) 院外処方による保険適用外の投薬がある場合の投薬内容			医療保険適用外負担額 円	
今回の治療種別	今回の治療期間 ※医療保険適用外負担額(d)		医療保険適用外負担額総額	
1. A・B・C・D・E・F	年 月 日～ 年 月 日 ※ 円		(a)+(c)+(d)円	
2. 精巣内精子回収術	年 月 日		(b)円	
	医療保険適用外負担額（領収額）合計 1と2の計		円	

- (注) 1 特定不妊治療のA～Fは、以下のとおりです。  
 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、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  
 2 助成対象となる不妊治療費等は、治療費、検査料など直接治療に必要な費用です。（入院費、食事代、等治療に直接関係のない費用、凍結保存料を除きます。）  
 3 特定不妊治療を行う医療機関は、指定医療機関（他の都道府県、指定都市、中核市が特定不妊治療（体外受精、顕微授精）の実施するのに適当であると認めた医療機関を含む。）となります。**特定不妊治療の一部を別の医療機関で行った場合、併せて手術的精子回収術を実施した場合、院外の薬局で処方箋を出した場合は、それらの額のうち、対象となる費用も含めて特定不妊治療実施医療機関が証明を行ってください。**  
 4 特定不妊治療について、1回の治療期間が年度をまたがった場合は、治療が終了した年度内に申請を行います。また、1回の治療ごとに申請を行います。