様式第２号

札幌市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とおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称
医療機関の所在地
主　治　医　名　　㊞

※医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

	夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名	（　　）	（　　）
生年月日	昭・平　　年　　月　　日（　　歳）	昭・平　　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○をつけてください。	Ａ又はＢの場合 １　体外受精　　２　顕微授精 該当する番号に○をつけてください。
	・治療を中止した場合は、その経過について記入してください。 ・他の医療機関に治療の一部を依頼した場合は、依頼した治療内容と医療機関名を記入してください。 （　　）	
	・男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法と医療機関名を記入してください。 TESE（ C-TESE、M-TESE ）　MESA　TESA　PESA　（精子回収の有無　１　有　２　無） 医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿	
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日　※１ 【採卵：　年　月　日～　年　月　日】【移植：　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
特定不妊治療に要した費用　※３	※保険診療による治療費を含むことはできません。　（最終領収年月日） 男性不妊治療費を除く費用　＿＿＿＿＿＿円　（　年　月　日） 男性不妊治療費用　＿＿＿＿＿＿円　（　年　月　日）	

※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。また、採卵から移植までの期間が１～３周期以上空いた場合は、それぞれの期間について記載してください。

※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（指定を受けていない医療機関も含む）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が受診者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受けて金額を記入してください。

（注）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）採卵に至らない場合（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。

※札幌市記入欄　受給者番号