第２号様式（第６条関係）

高知県特定不妊治療支援事業医療機関受診等証明書

年　　月　　日

高 知 県 知 事　様

所　在　地

医療機関名

主治医氏名

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。

記

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

□　当医療機関は、医療保険が適用されている特定不妊治療等について保険診療で実施している。				
（フリガナ） 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	夫	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）	妻	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
今回の治療期間※1	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
今回の治療方法	（該当する番号及び記号に○を付けてください）			
	１　体外受精　　２　顕微授精		A　B　C　D　E　F	
	他機関へ依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。※2			
	他医療機関への依頼（　なし　・　あり　） ・医療機関名（　　） ・指示内容（　　） ・上記の医療費について、今回の領収金額に （　含む　・　含まない　）		院外処方（　なし　・　あり　） 年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日	
妊娠成立の有無	有　・　無			
領収金額	今回の特定不妊治療にかかった金額の合計 保険診療分（治療方法Ｃ及びＦのみ）　①　領収金額　　円 保険外診療分（男性不妊治療費除く）　②　領収金額　　円			

※１）採卵準備又は凍結胚移植を行うための治療計画を作成した日から治療終了日までを記入してください。
※２）今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。
※３）領収金額は治療計画作成日において43歳未満の者については①欄へ、43歳以上の者については②欄へ記入してください。

（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　採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために１周期ないし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、多精子授精等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。