

受給者番号

(この欄は記入しないでください)

## 尼崎市特定不妊治療受診等証明書

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、その医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
		昭和 平成 年 月 日( 歳)		昭和 平成 年 月 日( 歳)
受診者生年月日				
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に を付けて下さい		A B C D E F 該当する記号(注参照)に を付けてください	
今回の治療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			今回の治療による 妊娠の有無
				有 無 不明
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 1		無	
領収年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	領収金額 円( 2 )			

1：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。

2：領収年月日及び領収金額の一致する領収書を別途添付して下さい。

(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周期の間隔をあげ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

(注) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。