

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般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、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収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

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	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療期間	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※		無
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る。] 領収金額 円			
今回の治療による 妊娠の有無	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。

(注) この要領において助成の対象となる一般不妊治療は、人工授精とします。但し、保険診療である場合は助成の対象となりません。

なお、以下に掲げる治療法は助成の対象としません。

ア 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療

イ 代理母（妻が卵巣と子宮を摘出したことなどにより、妻の卵子が使用できず、かつ、妻が妊娠できない場合に、夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産するもの）