

記入例（様式第2号）

令和3年度版

様式第2号

さいたま市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

申請者記入欄

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		S・H 年 月 日（ 歳）		S・H 年 月 日（ 歳）

上記の者については、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、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

「記」以下については、
指定医療機関の主治医に
ご記入いただく欄です。

記

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

書類作成年月日、医療機関名称
及び所在地、主治医氏名の確認
をお願いします。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

特定不妊治療を必要とした理由についてご記入してください。

注意：「B」の治療について
「1～3 周期程度」は例示であり、当初の治療
方針によりそれ以上の周期をあけて治療を行う
ものについてはBとなります。

- 【参考】当該患者が過去に行った治療について
- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> タイミング療法 | <input type="checkbox"/> 体外受精 |
| <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 | <input type="checkbox"/> 顕微授精 |
| <input type="checkbox"/> 人工授精 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

今回の治療方法

A B C D E F

AまたはBの場合

体外受精 顕微授精

該当する記号に○を付けてください。（裏面参照）

※ 該当する□にチェックをしてください。

今回の治療内容についてご記入してください。 ※ 治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。

特定不妊治療

男性不妊治療*1

男性不妊治療実施医療機関名（

※ 該当する□にチェックをしてください。

TESE MESA PESA TESA

・精子回収の有無（有、無）

今回の治療期間*2

年 月 日 ～ 年 月 日

（男性不妊治療分） 年 月 日 ～ 年 月 日

日本産科婦人科学会
IN個別調査票

有 → 症例登録番号

無 登録中

※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。

令和3年度は治療終了日が
令和3年4月1日～
令和4年3月31日が対象です。

治療終了日から60日以内
に申請していますか？

この領収金額のうち、
治療内容がA・B・D・Eの場合は、30万円まで(上限)が助成金の対象となります。
(初回申請時の妻年齢が35歳未満の方は初回申請時のみ上限40万円)
治療内容がC・Fの場合は、10万円まで(上限)が助成金の対象となります。

妊娠に至らなかった

領収書の発行日及び
領収金額*3

年 月 日 ～ 年 月 日

今回、助成を申請する
治療費にかかる領収金
額の総額
※保険外診療に限る

特定不妊治療費 領収金額 総額 円

男性不妊治療費*4 領収金額 総額 円

*1 本証明書における「男性不妊治療」とは、特定不妊治療を必要とする精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術をさします。ただし、保険外診療に限ります。

*2 治療期間とは採卵準備又は凍結胚移植までの期間を指し、採卵準備前日又は凍結胚移植日をもって治療開始日とさせていただきます。自然周期で採卵を行う場合は、投薬前の発育モニター・ホルモン検査等の実施日が治療開始日となります。

*3 今回の特定不妊治療開始以前に実施した排卵誘発法、人工授精等の不妊治療、文書料その他対象とならない経費は除きます。

*4 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である場合を含む）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療費として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記入してください。

男性不妊治療費は、30万円まで(上限)が助成金の対象となります。