

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

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

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。 【参 考】当該患者が過去に行った治療について該当箇所の□にチェックをしてください。 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 手術療法 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 顕微授精 (手術方法) <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 該当する記号に○を付けてください。(裏面参照) AまたはBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ※ 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。 <input type="checkbox"/> TESE <input type="checkbox"/> MESA <input type="checkbox"/> PESA <input type="checkbox"/> 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 UMIN個別調査票 登録の有無	<input type="checkbox"/> 有 → 症例登録番号 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。
今回の治療結果 (該当する□にチェックをしてください) ※治療結果については、プライバシーの保護に十分配慮し、本事業以外の目的には一切使用されることはありません。 <input type="checkbox"/> 妊娠に至った (この場合、妊娠とは胎嚢が確認された症例を指し、妊娠反応のみ陽性の症例は含まない) <input type="checkbox"/> 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 (男性不妊治療費を除く) 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、特定不妊治療を行うために必要とされ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入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療をおこなった日から特定不妊治療終了日までを記載してください。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 (令和3年3月31日までに終了する治療に限る)。