様式第２号（第７条関係）

日立市不妊治療費特例助成金受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によって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、生殖補助医療を実施し、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。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

<table>
<tr><td>氏　名</td><td rowspan="2">夫</td><td></td><td rowspan="2">妻</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>昭和・平成　　年　　月　　日(　　歳)</td><td>昭和・平成　　年　　月　　日(　　歳)
※初回治療開始時の年齢が 43 歳未満の方が対象</td></tr>
<tr><td>今回の治療方法</td><td colspan="2">Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ</td><td colspan="2">１　体外受精　　２　顕微授精</td></tr>
<tr><td>妊娠の有無</td><td colspan="4">有　　・　　無</td></tr>
<tr><td>治療期間※１</td><td colspan="4">令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>治療費※２</td><td colspan="2">保険外診療
（４回目以降の生殖補助医療）</td><td colspan="2">【保険外負担額】

円</td></tr>
<tr><td>備考※３</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

※１　治療期間は、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載してください。
※２　入院室料、食事療養費、凍結された精子・卵子・受精胚の管理料（保管料）及び文書料は助成対象外です。
※３　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医療機関で治療を行った場合は、主治医が受診者から支払った領収書の提出を受け、主治医がその医療機関の名称と領収金額を記載してください。

（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、母体の健康状態を整えるために１～３周期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なった場合）
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、多精子受精などの異常受精等による中止
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

（※）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。