様式第２号（第５条関係）

江北町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、体外受精または顕微授精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、生殖補助医療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の所在地及び名称

主治医氏名　　㊞

受診者		夫	妻
	ふりがな 氏　　名		
	住　　所	〒	〒 ※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
	生年月日	年　　月　　日	年　　月　　日
今回の治療期間		年　　月　　日～　　年　　月　　日	
今回の治療方法		該当する記号に○をつけてください。 A　B　C　D　E　F	左の欄がＡまたはＢの場合、該当する番号に○をつけてください。 １　体外受精 ２　顕微授精
他の医療機関等への依頼及び院外処方投薬の有無		無　・　有　（医療機関名　　） （薬局名　　） ※助成対象となるのは指定医療機関又は指定医療機関から紹介等を受けた医療機関での治療および院外処方による投薬です。	
日本産婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無		無　・　有　→　症例登録番号 （日本産婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号）	
領収年月日　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日 領収金額（保険外診療分に限る）　　円			

（注）体外受精、顕微授精の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。江北町では保険適用外の生殖補助医療（体外受精、顕微授精）のみ助成の対象になります。男性不妊治療、人工授精、余剰胚凍結保存料についての助成はありません。

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

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り中止

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）は助成対象外。妊娠確認までを助成対象