

太田市不妊治療費助成金認定証明書
(特定不妊治療)

*次の事項について証明をお願いいたします。

医 療 機 関 記 入 欄	受診者氏名			
	受診者生年月日	S・H 年 月 日 (歳)	S・H 年 月 日 (歳)	
	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	治療方法 (注1,2参照)	A B C D E F	男性不妊治療を行った場合の手術療法	
		A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精	()	
	a 保険診療負担額	円	c 負担額合計 (a + b)	
b 保険診療適応外負担額	円	円		
保 険 薬 局 記 入 欄	上記のとおり証明します。 年 月 日 (医療機関住所・名称・主治医氏名)			
	㊟			
	d 保険診療負担額	円	f 負担額合計 (d + e)	
e 保険診療適応外負担額	円	円		
上記のとおり証明します。 年 月 日 (保険薬局住所・名称・薬剤師氏名)				
㊟				

*一回の特定不妊治療に要した費用のみを、医療機関と保険薬局それぞれに証明していただきます。夫婦合算額をご記入ください。

*文書作成料、入院時差額ベッド代、食事代その他市長が別に定める費用は、助成対象外です。

(注1) 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、または、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
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注2) 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。