

太田市不妊治療費助成金認定証明書
(生殖補助医療)

*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	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
	治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
	保険適用外負担額	円	
	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) 印		
保 険 薬 局 記 入 欄	保険適用外負担額	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) 印		

*一回の生殖補助医療に要した保険適用外負担額のみを、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、保険適用負担額その他市長が別に定める費用は、助成対象外です。**

***夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供を受けた治療及び代理懐胎によるものは、助成対象外です。**

※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。

- ☐ 新鮮胚移植を実施
 - ☐ 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）
 - ☐ 以前に凍結した胚による胚移植を実施
 - ☐ 体調不良等により移植の目途が立たず治療終了
 - ☐ 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等による中止
 - ☐ 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、採卵に至らず治療を中止した場合も助成対象となります。
- ※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。