

(様式2号)

佐賀市不妊治療助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、人工授精、体外受精、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、人工授精または体外受精または顕微授精を実施し、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

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

受診者氏名	夫		妻	
受診者住所	夫		妻	※夫婦の住所が同じ場合は、記入不要。
受診者生年月日	夫	年 月 日	妻	年 月 日
子どもの有無	無 有 (1人 2人 3人 4人以上)			
※今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日 ※治療の始期と終期については、裏面「人工授精・体外受精・顕微授精の治療内容及び助成対象範囲」を参考にしてください。			
今回の治療方法 (該当するものすべてに○をつけてください)	1. 人工授精		妊娠 (有り ・ 無し)	
	2. 体外受精 (A B C D E F)		妊娠 (有り ・ 無し)	
	3. 顕微授精 (A B C D E F)		妊娠 (有り ・ 無し)	
今回の治療で他の医療機関等への依頼の有無	無 有 (医療機関名 :) (薬局名 :)			
領収年月日	年 月 日～		年 月 日	
領収金額 (保険外診療分のみ抜粋し記入)	金		円 (税込み)	

※治療期間については、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妊娠の確認を行った日(治療終了日)までを記載してください。

※医療機関発行の領収書を添えてください。

※1回の治療ごとに証明が必要です。

(注) 助成対象となる治療は、裏面の人工授精・体外受精・顕微授精の治療内容及び助成対象範囲をご参照ください。

(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。

- 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めどが立たず治療終了
- 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る中止
- 採卵したが卵が得られない、又は状態の良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。

※ 妊娠の確認までを助成対象とします。

別表1

人工授精・体外受精・顕微授精の治療内容及び助成対象範囲

名称	治療区分	治療内容	採卵まで				(前培養・媒精(顕微授精)・培養)	胚移植		(胚移植のおおむね2週間後)	助成対象範囲
			精子の注入	採卵	採精(夫)	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植		
人工授精	人工授精	人工授精	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(注射)	採卵	採精(夫)		新鮮胚移植	胚移植	黄体期補充療法	※2 △	助成対象
体外受精	A	新鮮胚移植を実施									助成対象
	B	凍結胚移植を実施※1									助成対象
	C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施									助成対象
	D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了									助成対象
	E	受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精等により中止									助成対象
	F	採卵した卵が得られない、又は 状態のよい卵が得られないため中止									助成対象
	G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止									助成対象
	H	採卵準備中、体調不良等により治療中止									助成対象

※1:採卵・受精後、1～3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※2:必ずしも必要ではないが、人工授精で治療として認められる項目