

医療機関発行の領収書添付箇所

(裏面添付又は別添可)

不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

年 月 日

(宛先) 京都市長

医療機関  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号

下記の者については、特定不妊治療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判断されるため、特定不妊治療を実施し、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。

記

(ふりがな) 受療者氏名	夫	( )	妻	( )
受療者生年月日及び 今回の治療開始時の年齢		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
治療期間※1	年 月 日 ~		年 月 日	
特定不妊治療に 係る治療費 (※保険外診療に限る)	領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日
	領収金額	円		
治療方法	A B C D E F (該当する記号(注参照)に0を付けてください。)		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に0を付けてください。)	
日本産科婦人科学会 UMIN個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※2 ( ) 無 (どちらかに0を付けてください。)			今回の治療による妊娠の有無
				有 無 不明

※1 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治療終了日までを記載してください。

※2 日本産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

(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、母体の状態を整えるために1~3周期程度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、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- 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。