様式第2号（第8条関係）

三原村不妊治療費助成金医療機関受診等証明書（医療機関用）

三原村長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

所在地

医療機関名

主治医氏名

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、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

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

□　当医療機関は、医療保険が適用されている不妊治療等について保険診療で実施している。				
（フリガナ）	夫		妻	
受診者氏名				
受診者生年月日		年　月　日(　歳)		年　月　日(　歳)
今回の治療期間※1	年　月　日　～　年　月　日			
今回の治療方法	（該当する番号及び記号に〇を付けてください）			
	一般不妊治療	1.タイミング法　2.人工授精　3.その他		
	特定不妊治療	1.体外受精　2.顕微授精	A　B　C　D　E　F	
	他機関へ依頼、院外処方等がある場合はこちらにご記入ください。※2			
	他医療機関への依頼（　なし　・　あり　） ・医療機関名（　　　　　　） ・指示内容（　　　　　　） ・上記の医療費は、今回の領収金額に （　含む　・　含まない　）		院外処方（　なし　・　あり　） 年　月　日 年　月　日 年　月　日 年　月　日	
妊娠成立の有無	有　・　無			
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　　　　　）　・　無 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。			
領収金額	今回の不妊治療にかかった金額の合計 円			

※1）採卵準備又は凍結胚移植を行うための治療計画を作成した日から治療終了日までを記入してください。

※2）今回の治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。

【特定不妊治療区分】

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　以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施

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、多精子授精等の異常授精による中止

F　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