

大阪市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書
(特定不妊治療費助成事業)

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号 (注参照) に○を付けてください		1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください	
	() 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。		(精子回収の有無) 1 有 2 無	
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~		年 月 日	
今回の治療内容について記入してください				
男性不妊手術日	年 月 日	(男性不妊治療を行った場合に記載)		
採卵日	年 月 日	(上記C以外に○をつけた場合に記載)		
体外受精・顕微授精実施日	年 月 日	(上記C及びF以外に○をつけた場合に記載)		
胚移植実施日	年 月 日	(上記A~Cに○をつけた場合に記載)		
*妊娠判定実施日 (+ -)	年 月 日	(上記A~Cに○をつけた場合に記載)		
*治療中断日	年 月 日	(上記D~Fに○をつけた場合に記載)		
注) *印のいずれかが、治療終了日となります。				
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	
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額	(今回の治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る)			
	特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く)	領収金額	円	※3
	男性不妊治療費	領収金額	円	※4

注) 助成対象となるの治療は次のいずれかに該当するものです。

- 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、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
- 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、また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) 採卵に至らないケース (侵襲的治療のないもの) は助成の対象となりません。

※1 主治医の方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを記載してください。

※2 産科婦人科学会UMIN個別調査票に登録した患者識別番号を転記してください。

※3 本事業の助成対象となる治療費は保険外診療に限ります。また精子・卵子・授精胚の凍結料は助成対象としますが、凍結にかかる精子・卵子・授精胚の管理料 (保存料) は助成対象になりません。また、入院費・食事代等も助成対象となりません。

※4 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関 (指定を受けていない医療機関である場合を含む) で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。
(令和3年3月31日までに終了する治療に限る)