

遠軽町生殖補助医療交通費助成証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によって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、生殖補助医療を実施し、受診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

《医療機関記入欄（主治医が記入すること）》

(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（注意事項1参照）に○をつけてください	AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 (該当する場合に○を付けてください)
	男性不妊治療を行った場合は、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 (注1)	年 月 日 ~ 年 月 日	
日本産婦人科学会UMIN個別調査票登録の有無	有 ⇒ 症例登録番号(注2)	無
生殖補助医療 通院回数・日にち	生殖補助医療通院回数 _____ 回 *通院した月を記入し、日にちに○を付けてください。	
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: auto;"> ※生殖補助医療の交通費助成の証明のため、通院回数・日にちを必ずご記入ください。 </div>	月	日付
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
		17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

(注1) 治療期間については、採卵準備及び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。ただし、主治医の治療方針に基づき、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

(注2) 日本産婦人科学会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。

(注意事項1) 助成対象となるのは、次のいずれかに相当する治療を受けた場合です。

- 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・受精卵、杯を凍結し、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 授精できず、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治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注意事項2) 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。