

宍粟市妊活カップル応援金給付事業受診証明書

下記の者については、体外受精及び顕微授精以外の治療法によっては妊娠の見込がないか、又は極めて少ないと思われるため、当該不妊治療を実施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

受診者 氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の 治療方法	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。		A B C D E F 該当する記号（注参照）に○を付けてください。	
保険適用 の状況	1 保険適用 2 保険適用外 →保険適用外の理由 （1）年齢要件 （2）回数要件 該当する番号に○を付けてください。			
今回の治 療期間※	年 月 日 から		今回の治療による妊娠の有無	
	年 月 日 まで		有	無

※治療期間については、採卵準備又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

- （注1）応援金の給付対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです。
- A：新鮮胚移植を実施したもの
 - B：凍結胚移植を実施したもの
 - C：以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施したもの
 - D：体調不良等により胚移植のめどが立たず治療終了したもの
 - 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等により中止したもの
 - 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したもの

（注2）次のいずれかに該当するものについては、応援金の給付対象となりません。

- 1 夫婦以外の第三者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
- 2 代理母（夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入して、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産すること。）
- 3 借り腹（夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入し、当該第三者が妻の代わりに妊娠・出産すること。）