第２号様式（第７条関係）

伊勢原市不妊治療費（先進医療分）助成事業受診等証明書

年　　月　　日

伊勢原市長　　殿

先進医療について、医療保険適用の体外受精等と併用して実施し、これにかかる医療費を徴収したことを以下のとおり証明します。

また、当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。

医療機関名称

所在地

医師名

［自署してください］

<table>
<tr><td colspan="2">受診者</td><td colspan="2">（治療開始時点の年齢）</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日　　歳</td></tr>
<tr><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日　　歳</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間</td><td colspan="3">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>今回の治療方法
※１</td><td>Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ</td><td colspan="2">Ａ又はＢの場合
１　体外受精　２　顕微授精</td></tr>
<tr><td>医療保険治療の
回数　※２</td><td>今回　　回目
（うち胚移植　　回目）</td><td colspan="2">初回治療開始日の女性の年齢　　歳</td></tr>
<tr><td>先進医療実施日</td><td>実施した先進医療技術名</td><td colspan="2">金額</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>年　　月　　日</td><td></td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">合計①</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td rowspan="2">治療費
（領収金額）</td><td>今回の特定不妊治療にかかった費用（医療保険及び先進医療の費用の合計額）</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>先進医療にかかった費用
（①と一致すること）</td><td colspan="2">円</td></tr>
</table>

（裏面も必ずご確認ください）

【記入上の注意】

① 本証明は、治療期間ごとに１枚作成してください。

② 治療期間は、医師が判断した採卵準備の薬品投与開始等から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします。

③ 証明内容について、本人同意のもと伊勢原市職員が問い合わせをする場合があります。

※１　治療方法

助成対象となる治療は次のＡ～Ｆいずれかに該当するものです。
表面の治療方法欄のＡ～Ｆに○をつけてください。

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週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に中止

治療方法がＡ又はＢの場合は、表面の「１　体外受精」又は「２　顕微授精」の該当する番号に○をつけてください。

※２　医療保険治療の回数

医療保険で治療した回数を胚移植の有無に関わらず記入してください。
カッコ内は、胚移植した回数を記入してください。今回の治療で胚移植しなかった場合は、「－」を記入してください。