

## 郡上市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者は、特定不妊治療以外の治療によっては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、特定不妊治療を実施し、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。

年 月 日

医療機関の名称  
及び所在地

主治医氏名

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

受診者		( ふ り が な ) 氏 名	生 年 月 日(年齢)
	夫	( )	年 月 日( 歳)
	妻	( )	年 月 日( 歳)
治療方法  (該当する記号・番号に○をつけてください)	A 新鮮胚移植 B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療 C 以前に凍結した胚による胚移植(原則、余剰胚を移植した場合に限る) D 体調不良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 AまたはBの場合、 <div style="margin-left: 40px;">                     1. 体外受精                      2. 顕微授精                 </div>		
今回の経過	妊娠が成立した場合は○をつけてください <div style="float: right;">妊娠成立</div>		
今回の治療期間	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	1. 有 有の場合は、症例登録番号を転記してください 症例登録番号( ) 2. 無		
領収金額	今回の治療にかかった金額 (保険外診療である特定不妊治療に要した費用を記入してください) <div style="text-align: center;">円</div>		