

通院証明書

次の者については、当医療機関において、特定不妊治療・先進医療による不妊治療のため、次のとおり通院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

※署名又は記名押印

《医療機関記入欄》

受診者氏名		生年月日	年 月 日( 歳)														
今回の治療期間	年 月 日 から 年 月 日まで																
今回の治療方法 <small>該当する記号に○を付けてください</small>	裏面(注1)を御参照ください A B C D E F G H		1. 妊娠あり 2. 妊娠なし														
今回の治療内容 <small>該当する番号に○を付けてください</small>	1. 保険診療で実施される特定不妊治療 2. 先進医療及びそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療 3. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される特定不妊治療 4. 保険適用回数終了後の特定不妊治療																
通院状況	通院した月を記入し、日にちに○を付けてください																
	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) 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までの一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔を空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、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
  - 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
  - G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止
  - H 採卵準備中、体調不良等により治療中止
- (注2) 治療を伴わない通院(薬の処方又は受取、治療費の支払等のみの通院)は、通院交通費の支給対象外ですので、通院日数に算入しないでください。
- (注3) 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。