様式第2号(第5条関係)

不妊治療に係る医療機関証明書

年　　月　　日

　飯南町長　様

医療機関名等

住所

名称

医師名

　下記の方は当医療機関において、不妊治療を行ったことを証明します。

記

　太枠内は、申請者が記入して下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな受診者氏名 | 夫 | 　 | 妻 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 住所 | 　 | 　 |
| 主たる検査 | チェック又は記入して下さい。(夫)　□精液検査(妻)　□ホルモン検査　　　　□子宮卵管造影　　　□クラミジア抗体検査　　　□その他(　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 治療内容 | チェック又は記入して下さい。　□　タイミング療法　　｛実施(　　　回)｝　□　排卵誘発法　　　　｛実施(　　　回)｝　□　人工授精　　　　　｛実施(　　　回)｝　□　胚移植　｛Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ｝※該当する記号（下段参照）に〇をつけてください　□　その他：(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 初回受診日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 特記事項 | 　 |
| （注）助成対象又は助成対象外となるものは以下のとおりです。【助成対象】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、肺を凍結し母体の状態を整えるために１～３周期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　体調不良により移植のめどが立たず治療終了Ｅ　受精できず、または胚の分割停止、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、又は状態の良い卵が得られないため中止※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。 |

＊他の医療機関への紹介、治療中断等規定以外の事項が発生した場合は、特記事項へ記入して下さい。