

様式第2号（第7条関係）

吉岡町不妊治療費等助成事業 医療機関受診証明書（特定不妊治療）

申請者記入欄	氏名		生年月日
	夫		年月日
	妻		年月日
	住所	(〒 -) 吉岡町大字	
	電話番号		

主治医記入欄	診断名	
	診療期間	年月日～年月日
	※実施した治療方法について、該当事項に○を付けてください。	
	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 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等による中止	
	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 (注 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。)	
上記のとおり、証明します。 年月日 主治医氏名		

医療機関記入欄	今回の治療（保険診療適用外に限る。）に要した合計金額 円	
	上記のとおり、証明します。 年月日	
	医療機関所在地・氏名又は名称	

*一連の継続した特定不妊治療に要した費用を記入してください。

*文書料、入院費、食事代等治療に直接関係のない経費は、含まないでください。

*医療機関等が複数の場合は、別に本文書を作成してください。