

基山町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者について、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、人工授精、体外受精又は顕微授精を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領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

印

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日	年 月 日		年 月 日	
受診者住所	基山町			
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
今回の治療方法及び内容 今回の治療内容 (該当するものすべてに○をつけてください。)	1 人工授精		妊娠 (有り ・ 無し)	
	2 体外受精	3 顕微授精	妊娠 (有り ・ 無し)	
	I 採卵前に治療中止	II 採卵実施	III 受精確認	IV 胚移植実施
	V 凍結胚移植実施			
	胚移植までに至らなかった場合その理由			
	卵巣過剰刺激症候群 (OHSS)、 受精・分割異常、			
	その他 (手術など) _____			
領収年月日	年 月 日 ~		年 月 日	
領収金額 (保険外診療分のみ抜粋し記入)	金		円 (税込み)	

- ・ 採卵に向けた準備 (ホルモン注射等) に始まり、受精、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・ 凍結胚の移植については、凍結胚の融解から開始され、胚移植を経て妊娠の確認までとします。
- ・ 医師の判断により、途中で中止 (中断) された場合は、中止 (中断) された時点が終期となります。