

様式第2号（第5条関係）

受給者番号（市役所で記載）

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法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

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

ふりがな							
受診者氏名	夫					妻	
生年月日		年	月	日	( 歳)		年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	該当する記号（注参照）に○を付けてください A B C D E F					該当する番号に○を付けてください 1 体外受精 2 顕微授精	
今回の治療期間	年 月 日			～	年 月 日		
領収金額	今回の治療にかかった金額 領収金額 円						

- (1) 申請者は、裏面又は別紙に医療機関発行の領収書を添付してください。
- (2) この証明書を鹿児島県外の医療機関が発行するときは、当該医療機関所在地の都道府県の長が、特定不妊治療を実施する医療機関として指定したものであることを証明する書類を添付してください。

(注) 助成対象となるのは次のいずれかに相当するものです。

(注)助成対象となるのは次のいずれかに相当するものです。

- 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
- 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、または胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止（採卵に至らないケースは対象外）