

(様式2号)

# 佐賀県不妊治療支援 (はじめまして赤ちゃん応援)助成に係る受診等証明書

次の者については、人工授精または余剰胚凍結保存を実施し、これに係る治療費を次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

医療機関記入欄(主治医が記入すること)


	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	( )	( )
受診者生年月日	年 月 日( 歳)	年 月 日( 歳)
今回の治療方法	該当する治療方法(注参照)に○をつけてください 人工授精 余剰胚凍結保存	
今回の治療期間 ※1	人工授精 年 月 日 ~ 年 月 日 余剰胚凍結保存 年 月 日 ※治療の始期と終期については、裏面を参考にしてください。	
今回の治療に係る 他医療機関への依頼 及び院外処方投薬の 有無 ※2	無・有 → 医療機関・薬局名 ( )	
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	無・有 → 症例登録番号 ( )	
今回の治療に かかった金額合計 (保険外診療に限る)	※ 医療機関及び薬局発行の領収証を添付してください 領収金額 金 円(税込)	
備考		

(注)

- 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。(裏面参照)
  - 人工授精:採取した精子を排卵日に合わせて子宮内に注入する不妊治療
  - 胚凍結保存:佐賀県不妊治療支援事業おける特定不妊治療 A 又は B で採卵した余剰胚を冷凍保存して  
次回の胚移植に用いる不妊治療
- 入院費、食事代等治療に直接関係のない費用を除きます。
- 1回の治療ごとに証明が必要です。

(裏面)

人工授精・余剰胚の凍結保存 助成対象範囲

治療内容	排卵または採卵まで					採精 (夫)	胚移植						余剰胚の凍結保存 ※2	助成対象範囲	
	新鮮胚移植		凍結胚移植				胚凍結	凍結胚移植		(胚移植のおおむね2週間後)					
	胚移植	黄体期補充療法	(自然周期で行う場合もあり)	胚移植	黄体期補充療法			妊娠の確認							
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	1日	2~5日	1日	10日	7~10日	1日	10日	1日	1回		
人工授精							※1				※1	※1			
特定不妊治療 (佐賀県不妊治療支援事業)	A	新鮮胚移植による余剰胚凍結	→										→		助成対象
	B	凍結胚移植による余剰胚凍結※3	→						→						

- 1 必ずしも必要ではないが、人工授精で治療として認められる項目
- 2 余剰胚の凍結保存：佐賀県不妊治療支援事業における新鮮胚移植又は凍結胚移植の治療で採取された余剰胚を凍結した場合
- 3 採卵・受精後、1～3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合