

年 月 日

主治医氏名

印

[illegible]

①当該患者に関して行った不妊治療に係るもの(治療の一環として行った検査を含む)のみご記入ください。
②文書料、食事療養費標準負担額、個室料など、不妊治療に直接関係のない費用は対象外のため含めないでください。

③□は該当項目をチェックしてください。

(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。

- 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周期の間隔をか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、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

先進医療 : 保険診療による生殖補助医療と合わせて行った厚生労働大臣が告示した先進医療

(注) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。