第１号様式の３（第４条関係）

四日市市不妊治療医療費助成金交付実績報告書（特定不妊治療分）

医療機関等証明欄（主治医が記入してください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日	年　月　日（　歳）		年　月　日（　歳）	
今回の治療方法	Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ 該当する記号に○を付けて下さい		日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録 有（症例登録番号　　） 無	
今回の治療期間（治療１周期ごとに作成してください）	年　月　日　～　年　月　日			
不妊治療の内容	□体外受精　□顕微授精			
特定不妊治療に要した医療費の内自己負担額（文書料含む）	円 （うち保険適用分　円） （うち先進医療分　円）			

先進医療を実施した場合は下記を記入

□　当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関である。

□　今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称	領収金額
年　月　日		円
年　月　日		円

男性不妊治療 男性不妊治療費助成事業受診等証明書（第１号様式の４）がある場合のみ記入	実施医療機関名	治療費　円 （上記領収金額に　含む　含まない　）

上記の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを証明します。

年　月　日

所在地

医療機関等　名　称

氏　名　印

四日市市長

※）日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

（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周期の間隔をあ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

（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。