

(様式第3号) (第5関係)

受給者番号(長野県が記載)						
---------------	--	--	--	--	--	--

## 長野県不妊に悩む方への特定不妊治療支援事業受診等証明書(男性不妊治療用)

下記の者について、特定不妊治療以外の治療法によっ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、特定不妊治療(男性不妊治療)を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 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)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	生年月日	昭和・平成	年	月	日	( 歳)
今回の治療	手術方法	1 TESE 2 MESA 3 その他( )						
	精子回収の結果	1 得られた 2 得られなかった						
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (男性不妊治療手術日) 令和 年 月 日							
貴院への紹介 指定医療機関	指定医療機関名							
領収金額	[今回の特定不妊治療にかかった金額の合計 ただし保険外診療に限る] 男性不妊治療費 _____円							次のものは含まれません。 ・精子の保存料・管理料 ・入院室料 ・食事代 ・文書料等の直接治療に関わらない費用

### 【医療機関の方へ】

この証明書の作成にあたり、下記の点にご注意ください。

- ・この証明書を作成できるのは、特定不妊治療(男性不妊治療)の指定医療機関のみです。
- ・助成の対象となるのは、主治医(女性側)の治療方針に基づき、男性不妊治療を行った場合です。
- ・男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。
- ・男性不妊治療を単独で行う指定医療機関の場合は、必ずこの証明書を作成してください。
- ・助成の申請は、治療期間の終了日が属する年度に限ります。

### 【参考】助成の対象となる治療

(注1) 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  
※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注2) 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。