

NEC健康・福利共済会 特定不妊治療受診等証明書

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、これに係わ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

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		受診者生年月日	
申請者 [共済会会員]	()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
配偶者	()	昭和 平成	年 月 日生 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(注参照)に をつけて下さい。	AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に をつけて下さい。	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (妊娠確認または治療を中止した日)		
領収金額	[今回の特定不妊治療にかかった金額(保険適用外)に限る] 領収金額 _____ 円		

(注) 補助対象となる特定不妊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 凍結胚移植を実施() 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なった場合。
- C 以前に凍結した胚により胚移植を実施。
- D 採卵したが体調不良等により移植のめどが立たず治療終了。
- E 採卵したが受精できず、または異常受精(胚分割停止、変性、多精子受精等)による中止。
- F 採卵したが卵が得られない、または状態の良い卵が得られないため中止。

(注) 採卵に至らないケースは補助対象とはなりません。

医療機関発行の領収書添付箇所(裏面添付または別添可)