

玄海町生殖補助医療通院状況確認書

申請者本人がご記入ください。医療機関に記入を依頼する必要はありません。

		夫	妻
受診者氏名			
通院先医療機関名 (所在市町村名)		()	()
治療の種類 ※注1 該当するものにチェック		<input type="checkbox"/> 男性不妊治療	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 治療中止 (D～F)
通院 回数 及び 受診日	1	年 月 日	年 月 日
	2	年 月 日	年 月 日
	3	年 月 日	年 月 日
	4	年 月 日	年 月 日
	5	年 月 日	年 月 日
	6	年 月 日	年 月 日
	7	年 月 日	年 月 日
	8	年 月 日	年 月 日
	9	年 月 日	年 月 日
	10	年 月 日	年 月 日
確認事項 該当するものに チェック		(共通) <input type="checkbox"/> 治療開始日において婚姻（事実婚）している。 <input type="checkbox"/> 受診初日から申請時まで玄海町に居住している。 <input type="checkbox"/> 申請日時点で1回の治療が終了している。 <input type="checkbox"/> 領収書、請求書、明細書の日付と受診日が一致している。 (妻) <input type="checkbox"/> 治療は顕微授精、体外受精ですか。 <input type="checkbox"/> 1回目の通院は「治療計画の作成」または、採卵または移植準備のための「薬品投与」以降の治療を行うためのものである。 <input type="checkbox"/> 最後の通院の際に「1回目の妊娠確認」を行った。 (治療中止や治療途中で居住地を移した場合はチェック不要)	

※注1 治療の種類（治療ステージA～F、男性不妊治療のいずれか）

A：採卵から新鮮胚移植を実施

B：採卵から凍結胚移植に至る「1回の治療」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一定の期間をあけた後に胚移植を行う治療を行った場合）

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：授精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精等により中止

F：採卵したが、卵が得られない、又は状態がより卵が得られないため中止

男性不妊治療：精子を精巣または精巣上体から採取するための手術に限る（手術を行ったが、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対象）

※注2 留意事項

- ・他市町村に居住地を移した場合、助成対象となるのは玄海町に居住していた期間のみです。
- ・治療を受けた本人のみが助成対象となります。同行者分は助成対象外です。
- ・診療を行わない薬や処方箋の受け取りや、カウンセリングのみの通院は助成対象外です。