

通院状況確認書

通院者氏名 (S・H 年 月 日生 歳)

治療の種類 ※該当する記号に○をつけてください	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一連の治療を実施（採卵・授精後、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	採卵・授精後に体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
	E	採卵後、授精できず、又は、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
	G	転出入のために治療途中での申請

通院した医療機関	医療機関名	所在地
	〒	

治療期間 ※通院回数が10回を超える場合は、申請する分を1～10に記入してください。
 （治療期間に該当するのは採卵準備又は胚移植を行うための投薬開始から妊娠確認までです）

回数	受診日	回数	受診日
1	令和 年 月 日	6	令和 年 月 日
2	令和 年 月 日	7	令和 年 月 日
3	令和 年 月 日	8	令和 年 月 日
4	令和 年 月 日	9	令和 年 月 日
5	令和 年 月 日	10	令和 年 月 日

※その他受診日（通院日）がある場合は下記へご記入ください。

- 原則、下記項目すべてに✓がつく方が助成対象となります。
- 治療開始時において婚姻（事実婚含む）していますか
 - 受診初日から申請時まで盛岡市に居住していますか
※盛岡市以外の地域に居住地を移した場合、助成対象となるのは盛岡市に居住していた期間の通院のみとなります。
 - 治療は保険適用の顕微授精、体外受精ですか
 - 領収書、請求書、明細書の日付と受診日が一致していますか
 - 1回目の通院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すか
 - 最後の通院の際に「1回目の妊娠確認」を行いましたか（治療中止や治療途中で転出した場合等は除く）
 - 申請時点で一連の治療が終了していますか（転出者の場合は除く）

（留意事項）

- ・ 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。
- ・ 診察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。
- ・ 令和5年3月31日以前の通院は助成対象外です。
- ・ 申請は年度（4月1日～3月31日）につき1回です。

この様式は申請者本人が記入するものです。医療機関に記入を依頼する必要はありません。