

通院状況確認書

受診者氏名 (妻) ①	生年月日	年	月	日
通院した 医療機関① 男性不妊治療を除く。	医療機関名	所在地		
受診者氏名 (夫) ②	生年月日	年	月	日
通院した 医療機関② 男性不妊治療分	医療機関名	所在地		
治療方法 治療の種類 ※注1参照	体外受精 ・ 顕微授精 ・ 男性不妊治療 A B C 治療中止 (D~F) (該当する記号(※注1)に○を付けてください。)			
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <small>(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～妊娠確認までです。) 治療計画作成を行った場合は作成の日を含む。</small>			
回数	受診日	治療を受けた者		治療方法
1	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
2	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
3	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
4	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
5	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
6	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
7	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療
8	年 月 日			男性不妊治療以外 ・ 男性不妊治療

【申請額①】 男性不妊治療以外

通院回数 基準額 申請額①
 () 回 × () 円 = () 円

【申請額②】 男性不妊治療

通院回数 基準額 申請額②
 () 回 × () 円 = () 円

【交付申請額合計 ①+②】

① () 円 + ② () 円 = ()

【基準額】

福島市	郡山市	会津若松市	いわき市	宮城県	山形県	新潟県	茨城県	栃木県	東京都・その他
1,000	2,000	3,000	2,000	2,000	2,000	5,000	5,000	3,000	7,000

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。
- 受診日から申請時までの間、相馬市に住民登録があります。
- 治療は顕微授精、体外受精です。
- 申請時点で一連の治療が終了しています。
- 領収書、請求書、明細書の日付と受診日が一致しています。
- 1回目の通院は「治療計画の作成」又は、採卵又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。
- 最後の通院の際に「妊娠確認」を行いました。
(治療中止や治療途中で他市町村に居住地を移した場合(※注2)等、妊娠確認を行っていない場合はチェック不要)

男性不妊治療を行った方は、原則、下記項目に✓がつく方が助成対象となります。

- 治療は男性不妊治療（ただし、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）です。
[男性不妊治療は手術を行ったが、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助成の対象となります。]

※注1 アルファベットで表される治療ステージは下記のとおりです。

- 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・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

※注2 治療期間の途中で他市町村に住民登録を異動した場合、助成対象となるのは相馬市に住民登録していた期間のみとなります。

(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8年3月31日以前の通院は助成対象外です。

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。