イオングッドライフクラブ

特定不妊治療　受診等証明書

医療機関の皆さまへ

いつも大変お世話になっております。

当クラブはイオン株式会社のグループ従業員共済会です。

当クラブでは子どもが欲しいと願う会員を支援する目的で、不妊治療支援金を給付しております。

お手数をおかけいたしますが、ご協力をお願いいたします。

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または極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

記入日　　年　　月　　日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名　　㊞

医療機関ご記入欄

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年　月　日		年　月　日
今回の治療方法	A　B　C　D　E　F 該当する記号（注参照）に〇を付けてください。			1. 体外受精　2. 顕微授精 該当番号に〇を付けてください。
今回の治療期間	年　月　日　～　年　月　日			
領収金額	円	※上記治療期間で特定不妊治療にかかった金額に限ります。		

（注）補助対象となる特定不妊治療

A 新鮮胚移植を実施

B 採卵から連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 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、または状態のよい卵が得られないため中止

※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は給付対象とはなりません。

ご不明な点がございましたら、
イオングッドライフクラブ　共済担当までお願いいたします。
〒261-8515　千葉市美浜区中瀬1-5-1　　イオンタワー18階
TEL:043-212-6047　　平日９:00～17:00