

様式第2号（第7条関係）

土庄町特定不妊治療費助成事業受診等証明書（保険診療）

次の者については、特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)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診断したため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地  
 名称  
 主治医氏名 ⑩

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫	年 月 日生	妻	年 月 日生
今回の治療への 保険の適用	保険適用 通算（ ）回目 ←【1子ごとの（リセット後の）回数】を記入 ・保険適用による通算1回目の治療開始時（*）の妻の年齢（ ）歳 （*）保険適用を受ける初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日を指します。			
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間 ※1	（開始） 年 月 日 ～（終了） 年 月 日			
	（男性不妊治療分 年 月 日 ～ 年 月 日）			
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	A B C D E F 該当する記号(注参照)に○を付けてください。			A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 （該当する番号に○を付けてください。）
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 （ ） 精子回収の有無： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの保険診療 分に係る医療費等	診療年月		自己負担額 ※2	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 （限度額適用認定証の提示等により確認が取れている場合、適用区分又は限度額を記入してください。）
	妻	年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
	保健診療分の合計額		円	
	夫	年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月分	円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認
年 月分		円	適用区分（ ）・限度額（ 円） <input type="checkbox"/> 未確認	
保健診療分の合計額		円		

<p>保険診療と併用して実施した先進医療に係る治療 (<input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無)</p> <p>該当する<input type="checkbox"/>に✓を付け、「有」の場合は右欄も記入してください。</p>	<p>保険診療と併用して<b>先進医療</b>を実施した場合、実施した先進医療技術名に✓を付けてください。)</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術      <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (いわゆる、内膜スクラッチ法)</p> <p><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (いわゆる、PICSI 法)</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (いわゆる、ERA) 法</p> <p><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (いわゆる、EMMA/ALICE 法)</p> <p><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (いわゆる、IMSI 法)</p> <p><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )</p>
	<p>先進医療にかかった治療金額 (自費診療分) _____ 円</p>

(注) 助成対象となる治療は、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 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周期の間隔を空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 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等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

(注) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。

- ※1 治療期間については、今回の特採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記載してください。
- ※2 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、また、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外となりますので、証明金額からは除いてください。
- ※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。