

様式第3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（保険外診療）

次の者については、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、又は極めて少ないと診断したため、特定不妊治療（及びその一環としての男性不妊治療）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。なお、本治療については、保険外診療で実施したものです。

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
【保険外診療で実施した治療】 今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~		年 月 日	
	(男性不妊治療分 年 月 日 ~		年 月 日)	
【保険外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			
	今回の治療が保険外診療となった理由 ( <input type="checkbox"/> に✓を付け ( ) 内に記入してください。) ※ ア・イのいずれかに該当する場合のみ、本制度の助成対象となります。 ア <input type="checkbox"/> 今回の治療に当たり、国の先進医療会議で安全性、有効性等について審議中 又は審議予定の医療技術等を併用したため、保険外診療となったもの ・併用した医療技術等の名称 ( ) イ <input type="checkbox"/> その他、主治医の判断により、保険適用外の高度に先進的な医療技術等を用 いたために保険外診療となったもの ・用いた医療技術等の名称 ( )			
【保険外診療で実施した治療】 領収金額	(今回の治療にかかった金額合計 (保険外診療に限る。)) ※2			
	特定不妊治療費(男性不妊治療費を除く。)領収金額		円	
	男性不妊治療費		領収金額 円	

(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。