

あさぎり町生殖補助医療費助成事業受診等証明書

下記の者について、生殖補助医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思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及びその名称

主治医氏名

印

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	妻	
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	該当する記号 (下注参照) に○を付けてください。 A B C D E F		
	該当する項目すべてに☑を付けてください。 1 採卵 (<input type="checkbox"/> 調整卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> 低卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> 自然周期) 2 体外受精・顕微授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> SPLIT法 (追加: <input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> その他 ()) 3 受精卵、胚培養 (<input type="checkbox"/> 初期胚まで <input type="checkbox"/> 胚盤胞まで) 4 胚凍結保存 (<input type="checkbox"/> 複数の胚が作成できた場合 <input type="checkbox"/> 全胚凍結周期である場合) 5 胚移植 (<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植) (追加: <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 <input type="checkbox"/> その他 ()) ・ その他の治療方法 (保険適応分に限り) []		
	男性不妊治療を行った場合、該当する項目すべてに☑を付け、治療医療機関を記載ください。 治療方法 <input type="checkbox"/> 男性の不妊手術 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 <input type="checkbox"/> その他 () 医療機関名 []		
	今回の治療期間 ^{※1} 年 月 日 ~ 年 月 日		
通算の採卵回数 (保険適用後)	C以外の場合に記入 ⇒ (第 回目)		
通算の胚移植回数 (保険適用後)	A、B、Cの場合に記入 ⇒ (第 回目)		
領収金額 ^{※3}	[今回の治療にかかった金額合計: 保険適応分に限り] 生殖補助医療費 (男性不妊治療費を除く) 領収金額 円 男性不妊治療費 ^{※2} 領収金額 円 院外処方による投薬 ^{※2} (調剤薬局名:) 領収金額 円		

※1 治療期間については、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特定不妊治療終了日までを記載ください。

※2 主治医の方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関 (国が定める施設基準を満たす医療機関に限る) で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額及び治療医療機関を記載ください。院外処方による投薬を行った場合も、患者から領収書の提出を受け、主治医が領収金額及び調剤薬局名を記載ください。

※3 入院費、食事療養費及び文書料は助成対象となりません。

(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	新確胚移植を実施
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	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、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
F	採卵したか卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

※採卵に至らないケースは助成対象となりません。

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、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は対象となります。