

錦町不妊治療費等助成事業受診等証明書【生殖補助医療・先進医療】

下記のとおり、生殖補助医療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、特定不妊治療を実施し、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	生殖補助医療 【保険適応分】	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		AまたはBの場合、番号に○をつけてください 1. 体外受精 2. 人工授精	
		その他の治療方法 ()			
	先進医療 【保険適応外】	該当する項目すべてに☑を付けてください。 ☐男性の不妊手術 ☐精巣内精子採取術 ☐その他 ()			
		A	☐ タイムプラス ☐子宮内膜スクラッチ ☐ SEET 法 ☐ PICSI ☐ IMSI ☐ 子宮内膜受容能検査1 (ERA) ☐ 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) ☐ 二段階胚移植術 ☐ 子宮内フローラ ☐ ERPeak (子宮内膜受容期検査) ☐ Zymot (膜構造を用いた生理学的精子選択術) ☐ その他 ()		
B	☐ 着床前胚異数性検査2 (PGT) ☐ タクロリムス経口投与療法 ☐ その他 ()				
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日		
高額療養費限度額適用認定証	(無 ・ 有 → ア・イ・ウ・エ・オ)		高額療養費該当 (有 ・ 無)		
領収金額	【保険適用】 生殖補助医療費 円		【保険適用外】 先進医療費		
	男性不妊治療費 円		円		

(記入上の注意点)

- ※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、主治医が領収金額を記載ください。
- ※3 入院費、食事療養費、文書料、処方箋に寄らない薬代（サプリメント等）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	新築胚移植を実施
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	採卵した卵子が得られない、又は状態のよい卵子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。