

様式第1号の2(第7条関係)

鏡野町こうのとり支援事業（生殖補助医療）受診証明書

下記の者について、体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）及び生殖補助医療に係る先進医療を実施し、これに要した医療費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

㊦

◎保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行っている場合は下記の欄へチェック☑を入れてください。

<input type="checkbox"/> 当医療機関は、保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った医療機関である。							
受診者	夫	氏名		生年月日	年 月 日		
	妻	氏名		生年月日	年 月 日		
今回の治療方法		A B C D E F	A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精				
		※該当する記号（注参照）に○をつけてください			※該当する番号に○を付けてください		
		男性不妊治療の有無 有 ・ 無		精子回収の有無			
		手術法：			有 ・ 無		
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日 （男性不妊治療分） 年 月 日 ～ 年 月 日					
妊娠成立の有無		有 ・ 無 ・ 治療中止					
院外処方の有無		有 ・ 無					
領収金額		〔今回の治療にかかった医療費（自己負担額）合計〕					
		領収年月日 年 月 日～ 年 月 日					
		（男性不妊治療を除く） 領収金額 円（内保険適用分 円）					
		（男性不妊治療※2） 領収金額 円（内保険適用分 円）					
		（他医療機関実施分※3） 領収金額 円（内保険適用分 円）					

(※) 領収金額には、医療保険の適用にかかわらず生殖補助医療（男性不妊治療及び生殖補助医療に係る先進医療も含む）に関する治療費及び検査料の自己負担額をいいます。ただし、入院費、食事代、文書料や個室料など直接治療に関係ないものは含まれません。

- (※1) 治療期間については、「1回の治療」ごとに、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）又は凍結胚移植術を行うために治療計画を作成し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（治療方法「C」を除く。以下同じ。）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。なお、「1回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）等から、胚移植術（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も「1回の治療」とします。
- (※2) 生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術（TESE）等の男性不妊治療を実施した場合に、その医療費（自己負担額）を記載してください。
- (※3) 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で不妊治療（男性不妊治療を含む。）を行った場合は、患者から他医療機関に支払った領収書の提示を受け、主治医が金額を記入してください。

(注) 助成対象となる治療方法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周期程度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、又は胚の分割停止、変性、多精子授精など異常授精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止
- ※ 採卵準備前に男性不妊治療を行った結果、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。その場合、A～F欄は空欄としてください。
- ※ 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。