

知立市生殖補助医療費補助事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり保険診療の生殖補助医療並びにこれと併せて行った先進医療を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄

(ふりがな) 氏名	妻	()	夫	()
受診者生年月日	昭和 平成	年 月 日(歳)	夫	昭和 平成
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日 <small>(治療計画の作成日) (妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日等)</small>		
今回の治療内容	1. 保険診療として実施した生殖補助医療の該当項目（裏面参照） <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 男性 ※A又はBの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精			
	2. 男性不妊治療を実施した場合記載してください 行った手術療法 () 精子採取の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 治療期間 (年 月 日 ~ 年 月 日)			
	3. 先進医療を実施した場合記載してください			
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別【 回】 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	
	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養【 回】 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術【 回】 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA)(ERPeak) 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		
※上記以外に新しく告示された治療・技術を実施した場合は、下に記入してください。 <input type="checkbox"/> 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】				
本人負担額の 内訳	区分	医療機関・調剤薬局が徴収した本人負担額		
	治療年月	1. A~Fの保険診療分	2. 男性不妊治療の保険診療分	3. 先進医療分
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	合計	① 円	② 円	③ 円

※記入の際の注意事項については、次頁をご参照ください。

※記入の際の注意事項

1. 当該受診者に関して行った保険診療として実施された生殖補助医療及び男性不妊治療並びにこれらと併用して実施される先進医療に係るもののみご記入ください。
2. 「今回の治療期間」の欄は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための治療計画の作成日から妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日等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の手術による治療を行った場合で、精子が得られない等により採卵準備前に不妊治療を中止した場合は、男性不妊治療を行った期間を記載してください。
3. は該当箇所をチェックしてください。
4. 「生殖補助医療の該当項目」は、それぞれ次に定めるものをいいます。ただし、採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象とはなりません。

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の実施
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	採卵したが卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止
男性	生殖補助医療に付随して行った、精子を精巣又は精巣上体から採取するための治療

5. 院外処方がある場合は、薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
6. 食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。