

白糠町不妊治療費等助成事業（生殖補助医療）受診等証明書

年 月 日

白 糠 町 長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

下記の者については、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、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭・平 年 月 日(歳)		昭・平 年 月 日(歳)
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			
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注1）に○を付けてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 3. 男性不妊治療（注2） 該当する番号に○を付けてください	
<p>【保険適用の治療】 今回の生殖補助医療にかかった自己負担分（3割負担分もしくは自己負担限度額分）が対象となります。</p> <p style="text-align: right;">領収金額 円</p>				
<p>（注1）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</p> <p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>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）</p> <p>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良等により移植のめどがたらず治療終了</p> <p>E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止</p> <p>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</p> <p>※ 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。</p> <p>（注2）特定不妊治療に至る過程の一環として、精子を精巣または精巣上体から採取するための手術</p>				

《裏面への記載をお願いいたします》

【保険適用外の治療】

今回の生殖補助医療にかかった自己負担分（10割負担分）が対象となります。先進医療など治療の過程において必要となった保険適用外の治療も含めてください。

領収金額 円

【うち先進医療（該当治療にチェックをつけてください）】

保険適用となっている方が実施した先進医療が該当となります。（年齢や回数等で保険適用外となっている方は記載不要です。）

先進 医療 A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET 法）	円
	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	円
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	円
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	円
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1（ERA）	円
	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1（EMMA/ALICE）	円
	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	円
	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ）	円
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）	円
	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	円
	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的選択術（Zymot）	円
先進 医療 B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与方法	円
	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査	円

※いずれも文書料、食事療養費標準負担額、個室料の直接的な治療費ではない費用は含まないでください

【通院証明欄】※医療機関が記載をお願いいたします

月	日	月	日	月	日	月	日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
月	日	月	日	月	日	月	日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日

※治療で通院した日のみが該当となります。付き添いや、薬・文書を受け取るのみなど、治療以外の用事で通院した日は除いてください。