

様式第2号(第4条関係)

鬼北町不妊治療(先進医療及び特定)費助成事業受診等証明書

次の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか、又は極めて低いと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)
各項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。
☐当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として、届出を行っている、又は承認されている医療機関です。
☐今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日生 ()歳		年 月 日生 ()歳
今回の特定不妊 治療の治療方法 (裏面※1 参照)	A B C D E F (該当する記号(裏面参照)に○を付けてください。)		A 又は B の場合 1 体外受精 2 顕微授精 (該当する記号に○を付けてください。)	
今回の治療期間 ※2	年 月 日 から 年 月 日まで 上記治療開始時の妻の年齢()歳			

①実施した「先進医療」について記載してください。

実施した 先進医療※3 (該当項目に☑)	☐ 子宮内膜刺激(SEET法)	☐ 二段階胚移植術
	☐ タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養	☐ 子宮内膜胚受容期検査(ERPeak)
	☐ ヒアルロン酸を用いた生理学液精子選択術(PICSI)	☐ 子宮内フローラ検査
	☐ 子宮内膜擦過術	☐ 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
	☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	<input 2"="" type="checkbox/>()</td></tr><tr><td colspan="/> 先進医療を実施した日
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
合計金額		① 円
領収金額	【先進医療にかかった金額合計】 領収金額 円 ①の金額と一致すること	

裏面の記入もお願いします。

【記載要領】

※1) 治療ステージは次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施したもの
 B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施したもの(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔を空けた後に胚移植を行う治療方針に基づく一連の治療)
 C 以前に凍結した胚による胚移植を実施したもの
 D 体調不良等により移植のめどが立たないため治療終了したもの
 E 受精ができず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等により中止したもの
 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したもの

※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。

※投薬のみで採卵前に治療を中止した場合や、受診者夫婦以外の第三者から精子・卵子、又は胚の提供による治療、代理母、仮腹は助成対象外です。

【注意事項】

* 令和6年4月1日以降に開始した治療について記入してください。

* 入院時食事療養費、差額ベッドなど、直接検査治療に関係のない費用は対象外です。

②実施した「特定不妊治療」について記載してください。

診療月	①特定不妊治療に要した費用 (窓口支払額)			院外処方の 有無	不妊治療以外 の処方箋の 有無
	保険診療分	保険診療 以外	計		
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
年 月分	円	円	円	有・無	有・無
計	円				