

砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書
（特定不妊治療・先進医療用）

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少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、また併せて先進医療を実施した医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

砥部町長 様

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ある。
- 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。

		夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名		（ ）	（ ）
受診者の生年月日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療方法 裏面※1参照		A B C D E F (該当する記号に○をつけてください)	A又はBの場合 体外受精 ・ 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)
今回の申請に係る治療期間 ※2		年 月 日～ 年 月 日 上記治療開始時の妻の年齢（ ）歳	
先 進 医 療	実施した先進医療※3 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査(ERPeak)
		<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査
		<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
		<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	<input type="checkbox"/>
先進医療を実施した日		金額	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
領 収 金 額	先進医療にかかった合計金額		① 円
	不妊治療費（保険適用分）※男性不妊治療費は除く		② 円
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬局領収金額 ③ 円
限度額適用認定の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（区分 ）	

(裏)

区分	診療年月 (4月～翌年3月診療 分で1年度です)	不妊治療等に要した費用		食事療養標準負担額、個室使用料、文 書料等の不妊治療等 に直接関係ない費用	合計 (領収金額)
		保険適用	保険適用外 (先進医療含む)		
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	年 月分	円	円	円	円
	小計	円	円	円	円

※1 治療ステージは次のいずれかに該当するものです。

- 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げ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、多精子受精などの異常受精等による中止
 F 採卵したが卵が得られない、又は状態のよ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含む

※2 治療開始は、原則、主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日、治療終了は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した日

※3 今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療期間中に実施したものが対象

【注意事項】

- 1 当該患者に対して行った不妊治療に係るもののみ記入してください。
- 2 治療期間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。
- 3 不妊治療を伴わない不妊検査及び自費検査となる不妊検査の費用は含めないでください。
- 4 先進医療を行った場合は、領収金額欄中「②不妊治療費（保険適用分）」には含めず、「①先進医療」の欄に記入してください。
- 5 院外処方の有無が「有」の場合、薬局の領収書から本人負担額を「③薬局領収金額欄」に転記してください。