

音更町特定不妊治療費（生殖補助医療費）補助金受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己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

所在地

主治医氏名

印

※医療機関（主治医）が記入してください。

フリガナ								
受診者氏名		夫			妻			
受診者生年月日 <small>(治療開始時点の年齢)</small>		年 月 日 (歳)		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 から 年 月 日 まで						
治療内容	生殖補助医療 A B C D E F (該当する記号に○をつけてください。裏面参照)							
	男性不妊治療 (行った手術療法を記載してください。)							
	上記治療に伴い医師が必要として実施した先進医療 (該当するものに○をつけてください。)							
当該受診者が、今回行った不妊治療の内容について記入してください。	<ul style="list-style-type: none"> ・ PICSI ・ SEET法 ・ IMSI ・ 二段階胚移植法 ・ 反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス) ・ その他 (名称:) ・ タイムラプス ・ 子宮内膜受容能検査 (ERA) ・ 子宮内フローラ検査 ・ マイクロ流体技術を用いた精子選別 ・ 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE) ・ 子宮内膜スクラッチ ・ 子宮内膜受容器検査 (ERPeak) ・ 着床前胚異数性検査 (PGT-A) 							
確認事項	<ul style="list-style-type: none"> ・ 院外処方の有無 (有・無) ・ 高額療養費限度額適用認定証の有無 (有・無) 所得区分 (ア・イ・ウ・エ・オ) 							
自己負担額 (一治療分)	生殖補助医療費 <small>(男性不妊治療費を除く)</small>		保険適用治療分					円
			先進医療分					円
	男性不妊治療費							円
自己負担額の 内訳	生殖補助医療費 <small>(男性不妊治療費を除く)</small>	診療年月	保険診療の 自己負担額	先進医療等	院外処方分	高額療養費の 有無		
		年 月	円	円	円	有・無		
		年 月	円	円	円	有・無		
		年 月	円	円	円	有・無		
		年 月	円	円	円	有・無		
		年 月	円	円	円	有・無		
	年 月	円	円	円	有・無			
男性不妊治療費	年 月	円	円	円	有・無			

(記載上の注意)

- 1 当該受診者に関して行った保険診療による生殖補助医療、男性不妊治療、併せて行った先進医療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から「院外処方分」の欄に記入してください。
- 3 個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含めないでください。

生殖補助医療の内容

- 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
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不調等により移植のめどが立たず治療終了
- E 授精できず、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
- 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

※ 先進医療に於いては医師が必要と認めた場合に該当になります。