

三宅町生殖補助医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

※該当するものに☑してください（すべてに☑がある場合のみ助成の対象となります）。

☐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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

☐この証明書には、生殖補助医療（うち、保険収載治療内容及び先進医療告示治療内容に限る）に係るもののみを記載しています。

☐ 当医療機関は生殖補助医療管理料に係る届出を行っています。

医療機関の名称及び所在地 _____
主治医氏名 _____ 印

	（ ふ り が な ） 氏 名	生 年 月 日
受 診 者 (妻)	()	昭和 年 月 日 (歳) 平成
配 偶 者 (未又はパートナー)	()	昭和 年 月 日 (歳) 平成

※以下、治療内容及びその費用（本人負担額）について、①～⑦にご記載ください（☐があるものは、該当するものに☑してください）。

①過去の保険診療による胚移植回数（ ）回 ※今回申請分は含みません。

今回の申請の内訳	申 請 回 数	治 療 期 間※4
	治 療 内 容	本人負担額内訳※5
	②生殖補助医療区分 ※1裏面をご確認の上、該当する記号に「○」をつけてください。 A B C D E F a	年 月 日～ 年 月 日 治療開始時点の妻の年齢（ ）歳
	③ ☐ 保険適用 ●回数を○で囲む、又は記載してください。 ☐ 保険適用の回数超過（ 1 , 2 , ）回目	保険収載治療内容分 _____ 円 (男性不妊治療を除く、保険収載された治療内容に限る。)
	④先進医療 ※2下記をご確認の上、該当する番号をすべてご記載ください。 ()	先進医療分 _____ 円
	⑤男性不妊 ※3裏面をご確認の上、該当する番号をすべてご記載ください。 ()	男性不妊分 _____ 円

⑥※2 先進医療について（③のいずれかの該当する☐に☑の上、回数超過の場合は回数の記載されていることが必須です。）

・助成対象となる治療・技術は、先進医療として厚生労働省より告示されているものに限ります。

・今回実施した先進医療の番号を上表の該当欄に記載のうえ、貴院における1回あたりの費用を下表に記載してください。

【注】①～③までの他に、新しく先進医療として告示された治療・技術を実施した場合は④に記入してください。

・貴院が不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として厚生局に登録されている技術について、下表のそれぞれの技術名の左欄に☑してください。

☐	①ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	円
☐	②タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	円
☐	③強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	円
☐	④子宮内膜刺激術（SEET法）	円
☐	⑤子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	円
☐	⑥子宮内膜受容能検査（ERA）	円
☐	⑦子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	円
☐	⑧子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	円
☐	⑨子宮内膜受容能検査（ERPeak）	円
☐	⑩タクロリムス投与療法	円
☐	⑪着床前胚異数性検査（PGT-A）	円
☐	⑫二段階胚移植法	円
☐	⑬膜構造を用いた生理学的精子選択術（マイクロ流体技術を用いた精子選別）	円
☐	⑭その他（ ）	円

（裏面もご確認ください。）

※1 生殖補助医療に係るステージ及び助成対象は以下のとおりです。

治療内容		採 卵 ま で			採 精（ 夫 ）	精 子 凍 結	（ 前 培 養 ・ 媒 精 （ 顕 微 授 精 ） ・ 培 養 ） 受 精	胚 移 植					（ 胚 移 植 の お お む ね 2 週 間 後 ） 妊 娠 の 確 認	助 成 対 象 範 囲	
		薬 品 投 与（ 点 鼻 薬 ） （ 自 然 周 期 で 行 う 場 合 も あ り ）	薬 品 投 与（ 注 射 ） （ 自 然 周 期 で 行 う 場 合 も あ り ）	採 卵				新 鮮 胚 移 植		胚 凍 結	凍 結 胚 移 植				
								胚 移 植	黄 体 期 補 充 療 法		（ 自 然 周 期 で 行 う 場 合 も あ り ） 薬 品 投 与	胚 移 植			黄 体 期 補 充 療 法
A	新鮮胚移植を実施												助 成 対 象		
B	凍結胚移植を実施														
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施														
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、多精子授精などの異常授精等により中止														
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														
a	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、又は状態のよい精子が得られないため治療中止												対 象		

⑦※3 男性不妊について（③のいずれかの該当する□に☑の上、回数超過の場合は回数が記載されていることが必須です。）

- ・体外受精または顕微授精に用いるための精子を採取することを目的として実施した場合が対象です。
- ・実施した内容すべての記号を表面にご記載ください。また、主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が治療内容とともに領収金額を記載してください。
- ・新たに保険収載された治療を実施した場合は、エ）欄に治療名を記載してください。
- ・新たに先進医療として告示された治療・技術を実施した場合は、当該医療機関が当該先進医療の技術を実施する保険医療機関として厚生局に登録されていることを確認の上、オ）欄に☑し、技術名、金額を記入してください。

	ア）Y染色体微小欠失検査
	イ）精巣内精子採取術（単純なもの、顕微鏡を用いたもの）※実施したものに「○」をつけてください。
	ウ）精子凍結
記載項目あり	エ）上記以外の保険治療（ ）
	オ）□ 新たに先進医療として告示された治療・技術（ ）
	当該医療機関での1回あたりの費用（ 円）

※4 治療期間について

当該生殖補助医療に係る治療計画を作成した日（治療計画の作成を必要としない場合は、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（医学的に当該生殖補助医療が終了した日、原則妊娠判定日）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治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療終了日までを記載してください。

※5 費用について

出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。また、入院料、食事代、文書料等の直接治療に関係ない費用も対象外です。