

江南市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

次の者については、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費〔保険適用外分〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医がご記入ください。)

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()
受診者生年月日 (年齢)			年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
一連の治療期間 (保険診療を含む)		年 月 日 ~ 年 月 日 (治療計画の作成日) (妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日 等)			
今回の治療方法	1 該当する記号 (A~F) のいずれか1つに○を付けてください。 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周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療指針に基づく一連の治療を行った場合) C 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に治療終了 E 受精できずに、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、又は精子が得られないため治療を終了した場合も含む)				
	2 実施した治療にチェック (複数可) を入れてください。 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療 () ☐ 先進医療 { 保険診療の生殖補助医療との併用 ☐ あり (※) ☐ なし } ☐ その他 ()				
院外処方の有無 (☐ 有り ☐ 無し)					
本人負担額の内訳	区 分	実費 (保険適用外) 負担額			
		医療機関徴収分①		薬局徴収分②	
	年 3月分	円		円	
	年 4月分	円		円	
	年 5月分	円		円	
	年 6月分	円		円	
	年 7月分	円		円	
	年 8月分	円		円	
	年 9月分	円		円	
	年10月分	円		円	
	年11月分	円		円	
	年12月分	円		円	
	年 1月分	円		円	
	年 2月分	円		円	
	計	円		円	
[今回の治療にかかった金額合計]					
領収金額 円 (上記本人負担額①②の合計額となります。)					

(※) 保険診療の生殖補助医療と併用して先進医療を実施した場合は、裏面の実施した治療・技術も記入してください。

実施した治療・技術 ※1 TRI0検査を実施した場合、(5)(6)の両方に☑してください。 ※2 (2)(4)(7)について、複数回実施した場合は、【】に合計実施回数を記入し、()に2回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。	保険診療の生殖補助医療と併用して先進医療を実施した場合に、以下の今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。 【注】(1)～(12)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(13)に記入してください。		
	(1) ☐ 子宮内膜刺激術 (SEET法)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 回】 ()	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(3) ☐ 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) 【 回】 ()	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査1 (ERA) ☐ 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(6) ☐ 子宮内膜細菌叢検査1 (EMMA, ALICE)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術 (IMSI) 【 回】 ()	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(8) ☐ 二段階胚移植術	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(10) ☐ タクロリムス投与療法	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(11) ☐ 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)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
	(12) ☐ 着床前胚異数性検査 (PGT-A)	実施日： 年 月 日 領収金額：	円
(13) ☐	実施日： 年 月 日 領収金額：	円	
(A) 保険診療の生殖補助医療と併用して実施した先進医療に係る領収金額の合計 (A) _____ 円			
(B) 上記総額 (A) のうち、3月分の領収金額 (B) _____ 円			
(C) (A) から (B) を差し引いた領収金額 (A-B) (C) _____ 円			

< 注釈 >

- 注1 当該患者に関して行った特定不妊治療（先進医療を含む体外受精及び顕微授精並びに精子を精巣又は精巣上体から採取する男性不妊治療）に係るもののみご記入ください。
- 2 A～Fに該当しないもの、又は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。
- 3 その他については上記治療以外に行った治療の詳細を記入してください。
- 4 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 5 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等治療に直接関係のないものは含まないでください。
- 6 先進医療における1回の治療とは、医師が判断した採卵準備のための投薬開始等の治療計画を作成した日から、妊娠の確認等（医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合を含む。）に至るまでの生殖補助医療の一連の過程をいう。