

標茶町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり保険診療の一般不妊治療（人工授精）、生殖補助医療または保険診療の生殖補助医療と先進医療を併用して実施し、これにかかる医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

ふりがな 受診者名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日
<b>【治療種別】</b> 一般不妊治療： <input type="checkbox"/> 人工授精 生殖補助医療： <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F AまたはBの場合： <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <b>【実施した先進医療】</b> （実施していない場合は☑不要です） <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内スクラッチ <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
<b>【保険適用の治療】</b> （本人負担額）			<b>【先進医療にかかるものの金額】</b>	
円			円	
<b>【院外処方の有無】</b> 有 ・ 無		<b>【院外処方「有」の場合は処方箋発行日（複数回ある場合はすべて記載）】</b>		

注）・助成の対象となるのは、保険診療の一般不妊治療、生殖補助医療及び保険診療の生殖医療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療です。

・いずれも文書料、食事療養費・差額ベット代は助成対象外ですので含まないでください。

**【生殖補助医療】**

- 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 体調不良等により移植のめどがたたず治療終了
- E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、または状態の良い卵が得られないため中止

\*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。

