

銚田市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療また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通り徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名称

所在地

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。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
生殖補助医療	1 2 3 4 5 6 該当する数字（注1参照）に○をつけてください		追加治療	A. 3とセット B. 6とセット 該当する記号（注1参照）に○をつけてください
妊娠の有無	有		無	
今回の治療期間※1	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
過去の治療	なし あり→初回治療 令和 年 月 日			
日本産科婦人科学会 UMIN個人識別表 登録番号※2	有	症例登録番号 ()		無
領収金額※3	【今回の治療にかかった金額合計】 生殖補助医療 領収金額 円			所得区分
	どちらかに記入願います			
	うち保険適用分自己負担額 円	うち年齢及び回数で 保険適用外自己負担額 円		アイウエオ
備考※4				

※1) 治療期間については、令和4年4月1日以降で治療計画を作成した日または排卵準備また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。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、男性不妊治療の治療計画を作成した日又は、治療を行った日から一般不妊治療又は生殖補助医療終了日までを記載してください。

※2) 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

登録途中により番号を記入できない場合は、「有」に○をつけ、「登録中」と記載してください。

※3) 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する指定医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む）で生殖補助医療（院外処方による投薬含む）又は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や院外処方などとして支払ったその領収書の提出を受け、主治医がその医療機関の名称を備考（※4）に記載してください。ただし、入院室料（差額ベッド代等）、食事療養費、文書料等を除く。

（注1）助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- 1 採卵【調整卵巣刺激法/低卵巣刺激法/自然周期】
 - 2 採精【男性不妊の手術<精巣内精子採取術 (TESE) >】
 - 3 体外受精もしくは顕微授精【体外受精/顕微授精/Split insemination(複数個採取できた卵子を分けて、体外受精と顕微授精をそれぞれ実施する手法)】
 - 4 受精卵・胚培養【初期胚/胚盤胞】
 - 5 胚凍結保存【複数の胚が作成できた場合/全胚凍結周期である場合】
 - 6 胚移植【新鮮胚移植/凍結胚移植】
- A 3とセット【卵子活性化】
B 6とセット【アシステッドハッチング/高濃度ヒアルロン酸含有培養液】