

大府市不妊治療費助成事業受診等証明書（生殖補助医療）

以下の者について、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、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以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（太枠内をご記入ください。）

対象者	氏名		生年月日		
	夫		年 月 日（ 歳）		
	妻		年 月 日（ 歳）		
今回の治療方法 （裏面参照）	（該当項目に○） A B C D E F 男性		1. 顕微授精 2. 先進医療 3. 先進医療に該当しない保険外診療 （該当項目に○をつけてください。） <input type="checkbox"/> 当医療機関は厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届出を行っている医療機関です。【 <input checked="" type="checkbox"/> 必須】		
	2. 先進医療を実施した場合のみ 該当項目に <input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 当医療機関は実施した先進医療技術に係る実施医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関です。【実施した場合 <input checked="" type="checkbox"/> 必須】		
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日		
治療月日	保険診療分	先進医療分	薬局分	保険外診療分（自費）	高額療養費等 （事務局記入）
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
合計（事務局記入）	円	円	円	円	円

※注（医療機関等へのお願い）

- 治療期間については、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のみ行った場合は、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。
- 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（指定を受けていない医療機関を含む）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、主治医が領収金額を記載してください。
- 院外処方がある場合は、薬局の領収書から自己負担額を転記してください。
- 文書料、食事療養標準負担額、個室料、成果料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 保険外診療分（自費）について、保険適応となる年齢及び胚移植の回数制限を超えた場合の自費診療分は補助の対象外となります。
- 助成対象となる治療は裏面別表のいずれかに相当するものです。

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、多精子受精などの異常受精等による中止
F	採卵したが卵子が得られない、又は状態の良い卵子が得られないため中止
男性	生殖補助医療の一環として行った「精巣内精子採取術」などの精子を採取するための手術

（注）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。