

幸田町生殖補助医療・先進医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

下記の者については、次のとおり保険適用の生殖補助医療並びにこれと併せて行った先進医療を実施し、これに係る医療（調剤）費（自己負担額）を徴収したことを証明します。
医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

	夫	妻		
ふりがな				
受診者氏名				
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）		
一連の治療期間	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)			
生殖補助医療	保険診療として実施した生殖補助医療の該当項目 院外処方の有無（ ☐ あり ☐ なし） ☐ ア 新鮮胚移植 ☐ イ 凍結胚移植（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） ☐ ウ 以前に凍結した胚を解凍して胚移植 ☐ エ 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 ☐ オ 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り中止 ☐ カ 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 ☐ 男性 生殖補助医療に付随して行った、精子を精巣又は精巣上体から採取するための治療 ※ア又はイの場合 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ※男性不妊治療 治療期間（ 年 月 日～ 年 月 日） 行った手術法（ ） 精子採取の有無 ☐ 有 ☐ 無			
先進医療	生殖補助医療と併用して実施した先進医療の該当項目 院外処方の有無（ ☐ あり ☐ なし） 【注】(1)～(11)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(12)に記入してください。			
※TRIO検査を実施した場合は、5,6の両方に☑してください。 ※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】	☐ 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】		
	☐ 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】	☐ 8 二段階胚移植術 【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】	☐ 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】		
	☐ 4 ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICS）(回) 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	☐ 10 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】		
	☐ 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】	☐ 11 着床前胚異数性検査（PGT-A） 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		
	☐ 6 子宮内細菌叢検査1（EMMA, ALICE） 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】	☐ 12 【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】		
自己負担額の 内訳	診療年月	生殖補助医療分	先進医療分	薬局徴収分
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	合計			

※記入の際の注意事項については、次頁をご参照ください。

【注意事項】

- 1 令和8年4月1日以降に実施した保険診療の生殖補助医療（男性不妊治療を含む）並びにこれと併せて行った先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。
- 2 「一連の治療期間」の欄は、採卵準備又は凍結胚移植を行うための治療計画の作成日から妊娠判定日又は今回の不妊治療の中止の判断をした日等までを記載してください。ただし、主治医の治療方針等に基づき、採卵準備前に男性不妊の手術による治療を行った場合で、精子が得られない等により採卵準備前に不妊治療を中止した場合は、男性不妊治療を行った期間を記載してください。
- 3 一連の治療のうち複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。ただし、医師の判断に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は申請可能です。
- 4 □には、該当項目をチェックしてください。
- 5 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、含まないでください。
- 6 院外処方の有無が「あり」の場合には、「自己負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から自己負担額を転記してください。