

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、次のとおり保険診療の生殖補助医療及び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（主治医が御記入ください。）

|                                                                                                         |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                        |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                                                                                                         |  | 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<br>（治療計画の作成日）（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）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                        |       |
| 生殖補助医療                                                                                                  |  | <b>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（<input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし）</b><br><input type="checkbox"/> ア 新鮮胚移植<br><input type="checkbox"/> 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周期の間隔を空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）<br><input type="checkbox"/> ウ 以前に凍結した胚を解凍して胚移植<br><input type="checkbox"/> エ 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了<br><input type="checkbox"/> 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<br><input type="checkbox"/> カ 採卵したが卵が得られないため、又は状態のよい卵が得られないため中止<br><input type="checkbox"/> （男性患者の場合）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<br>※ア又はイの場合 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精<br>※男性不妊治療 治療期間（ 年 月 日～ 年 月 日）<br>行った手術法（ ） 精子採取の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |      |                                                                                        |       |
| 先進医療                                                                                                    |  | <b>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（<input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし）</b><br><b>【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。</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |                                                                                        |       |
| ※TRIO検査を実施した場合は、5,6の両方に☑してください。<br><br>※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。 |  | <input type="checkbox"/> 1 子宮内膜刺激術（SEET法）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |      | <input type="checkbox"/> 7 強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術（IMSI）<br>〈 回〉<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】    |       |
|                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> 2 タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養<br>〈 回〉<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |      | <input type="checkbox"/> 8 二段階胚移植術<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                             |       |
|                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> 3 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      | <input type="checkbox"/> 9 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                |       |
|                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> 4 ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICS）〈 回〉<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |      | <input type="checkbox"/> 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）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】 |       |
|                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> 5 子宮内膜受容能検査1（ERA）<br>子宮内膜受容能検査2（ERPeak）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |      | <input type="checkbox"/> 11 着床前胚異数性検査（PGT-A）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                   |       |
|                                                                                                         |  | <input type="checkbox"/> 6 子宮内細菌叢検査1（EMMA, ALICE）<br>【実施日： 年 月 日 領収金額： 円】                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> 12<br>【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 |
| 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、次ページを御参照ください。

【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）及び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。