

寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業受診等証明書
(生殖補助医療及び先進医療)

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込がなく、又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療等を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医がご記入ください。)

記

(ふりがな) 受診者等の氏名	受診者 ()	受診者の 配偶者 ()			
受診者の生年月日等(和暦) 今回の治療開始時の年齢※1	年 月 日 生 (歳)	年 月 日 生 (歳)			
今回の治療期間 ※2	年 月 日 ~ 年 月 日				
費用負担(該当に <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> 医療保険診療 <input type="checkbox"/> 医療保険に併用の先進医療(自費診療) <input type="checkbox"/> 回数・年齢超過による自費診療 (これまでの※3医療保険での治療回数 回、自費診療回数 回)				
治療内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術				
今回の治療方法 (○をつけてください) 裏面注1参照	A・B・C・D・E・F	男性不妊治療を行った場合 手術内容〔 〕			
実施した先進医療 (該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)	<input type="checkbox"/> P I C S I <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA/A L I C E) <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> S E E T法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(E R A) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査(E R P e a k) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> I M S I <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> その他()				
本人負担額の内訳	今回の治療期間の医療機関徴収分				
		保険診療かつ生殖補助医療に係るもののみ記入		先進医療に係るもの	回数・年齢超過による自費診療分
	区分	診療点数	本人負担額	の金額	
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
	年 月分	点	円	円	円
合計		円	円	円	
院外処方の有無	あり・なし (○をつけてください)				

※1 年齢は、「今回の治療開始期間」欄に記載する始期の時点における年齢を記載してください。

※2 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。

※3 令和4年4月不妊治療医療保険適用後からの回数。今回治療を含む。

(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。

- A 新鮮胚移植を実施するもの
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施するもの（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために
1～3周期程度の間隔をあけた後に肺移植を行うのと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するもの
- D 体調不良等により移植のめどが立たず治療を終了するもの
- E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常授精等により治療を中止するもの
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため治療を中止するもの

(注2) 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。