

江差町生殖補助医療費及び先進不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療及び先進不妊治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、次のとおり生殖補助医療及び先進不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴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。）

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
貴医療機関における治療開始年月日	年 月 日	
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
今回の治療法	A B C D E F	男性不妊治療の有無  ☐ 有 ☐ 無 手術名を記入してください。 〔 〕 精子回収の有無 ☐ 有 ☐ 無
	該当する記号（注参照）に○をつけてください	
	先進不妊治療の有無 ☐ 有 ☐ 無	
	先進医療 A	☐ 子宮内膜刺激術（SEET法） ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） ☐ 子宮内膜受容能検査 1（ERA） ☐ 子宮内細菌叢検査 1（EMMA/ALICE） ☐ 二段階胚移植術 ☐ 子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ） ☐ 子宮内膜受容能検査 2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak） ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）
	先進医療 B	☐ タクロリムス投与療法 ☐ 着床前胚異数性検査 ☐ その他（ ）
今回の治療費	治療費の総額 領収金額 円	
	生殖補助費 領収金額 円 （男性不妊治療費を除く）	
	先進不妊治療費 領収金額 円	
	男性不妊治療費 領収金額 円	
今回の生殖補助医療及び男性不妊治療にかかった金額は保険適用分に限ります。 先進不妊治療費は、先進医療 A 及び B にかかった費用を記載ください。 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。 裏面の注意事項もご確認いただき、「通院日」を○で囲んでください。		

通院した日を○で囲むこと。

注意事項

(注1) 生殖補助医療の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

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周期程度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 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止

* 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注2) 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。

(注3) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

(注4) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。