

古平町不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

古平町長様

医療機関所在地  
 名称  
 主治医名 印  
 電話番号

下記の者(夫婦)に対し、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

記

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名 生年月日	夫	( )	妻	( )
		年 月 日		年 月 日
今回の治療法及び内容 (保険診療分) 該当する記号(※注1) 番号に○を記入下さい。	1 人工授精(人工授精に至った治療に限る)			
	2 体外受精	A B C D E F		
	3 顕微授精			
先進医療の実施	1 あり 2 なし ※ありの場合は裏面別表に☑を入れてください。			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
医療費の領収年月日 (※注2)	年 月 日			
領収金額 (※注3)	金 _____ 円 (①+②+③) *内訳* ①保険診療分 _____ 円 ②先進医療分 _____ 円 ③その他費用 _____ 円			

※注1 体外受精及び顕微授精の助成対象となる治療は次のいずれかの治療です。採卵に至らないものは対象外です。

- 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週間程度の間隔を開けた後に胚移植を行う治療方針に基づく一連の治療)
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D 体調不良により移植のめどが立たず治療終了
- E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子などの異常受精等による中止
- F 採卵した卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

※注2 医療費の領収が複数回にわたる場合は、最終の領収年月日を記入してください。(通常は治療期間の最終日若しくはそれ以降の日となります。)

※注3 治療に直接関係のない文書料、個室料等の費用は③その他費用にご記入下さい。

別表

令和5年11月末現在

<p>先進医療 A</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法)</li> <li><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</li> <li><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)</li> <li><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)</li> <li><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1 (ERA)</li> <li><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA/ALICE)</li> <li><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</li> <li><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ)</li> <li><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak)</li> <li><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)</li> <li><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)</li> </ul>
<p>先進医療 B</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</li> <li><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査</li> </ul>

※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。