

生殖補助医療支援事業受診証明書

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

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在

主治医氏名 印

|                                          |                                                                |                                                                           |                                    |            |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名                          | 夫                                                              | ( )                                                                       | 妻                                  | ( )        |
| 受診者生年月日                                  |                                                                | 年 月 日 ( 歳)                                                                |                                    | 年 月 日 ( 歳) |
| 今回の治療方法                                  | 該当する記号(注参照)<br>に○をつけてください<br>A B C D E F                       |                                                                           | A又はBの場合(いずれかに○)<br>1. 体外受精 2. 顕微授精 |            |
|                                          | 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください〔 〕                              |                                                                           | 精子回収の有無<br>1. 有 2. 無               |            |
| 今回の治療期間                                  | 治療開始 年 月 日                                                     |                                                                           | ※排卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日   |            |
|                                          | 胚移植 年 月 日                                                      |                                                                           | (治療方法A～Cのみ記入)                      |            |
|                                          | 治療終了 年 月 日                                                     |                                                                           | ※原則、妊娠判定日または投薬終了日、治療を中止した場合は中止日    |            |
| 院外処方の有無                                  | 有 ・ 無                                                          |                                                                           |                                    |            |
| 自己負担額請求時の<br>限度額認定証又は<br>マイナ保険証提示の<br>有無 | 有・無                                                            | →「有」の場合<br>①適用区分( )<br>②高額療養費を適用した年月<br>(令和 年 月分、令和 年 月分、令和 年 月分、令和 年 月分) |                                    |            |
| 領収金額<br>(診療費等)                           | 領収年月日                                                          |                                                                           | 年 月 日～ 年 月 日                       |            |
|                                          | 領収金額                                                           |                                                                           | 円                                  |            |
| 区分<br>(該当する区分に○をつけてください)                 | 保険診療 ・ 併用診療 ・ 混合診療<br>(保険適用の場合) (保険適用と先進医療を併用した場合) (全額自己負担の場合) |                                                                           |                                    |            |

(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
- B 排卵時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、多精子受精など異常受精等による中止、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

(注2) 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、又は状態のよ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3) 排卵に至らない場合は助成対象となりません。