

設楽町不妊治療費等助成事業受診等証明書(特定不妊治療)

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)を実施し、これにかか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

医療機関の所在地
及びその名称
主治医氏名
医療機関記入欄

	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)
今回の治療法	該当する記号に○をつけてください。 A B C D E F 1. 体外受精 2. 顕微授精	
	今回の治療について	
治療期間	治療開始年月日 治療終了年月日 年 月 日 ~ 年 月 日	
領収金額	今回の治療にかかった自己負担額(保険診療分)	保険診療と併せて実施した先進医療分治療費
	特定不妊治療費(男性不妊治療費除く)	
	領収金額 円	円
	男性不妊治療費	
	領収金額 円	
実施した治療等	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に☑を入れ、実施日・治療金額を記載してください。	
	●先進医療の治療・技術名 実施年月日／実施開始年月日 治療金額	
	☐ 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日 円
	☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日 円
	☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日 円
	☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日 円
	☐ 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日 円
	☐ 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日 円
	☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)	年 月 日 円
	☐ 二段階胚移植術	年 月 日 円
	☐ 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日 円
	☐ 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日 円
	☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日 円
	☐ タクロリムス投与療法	年 月 日 円
	☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日 円
☐ その他 ()	年 月 日 円	

注意事項(医療機関へのお願い)

1. 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までを記載してください。
2. 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、母体の体調を整えるために1～3周期の間隔を開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たたず治療終了
 - E 受精できず、または、胚の分割停止、変成、多精子受精などの以上受精等による中止
 - F 採卵したが卵子が得られない又は状態の良い卵子が得られないため中止
- 保険診療と併せて実施した先進医療
- ※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。