

生殖補助医療受診等証明書

年 月 日

(あて先)横須賀市長

所在地
指定医療機関名称
電話番号

主治医氏名 印

次の者は、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判断したため、下記のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

(フリガナ) 受診者氏名(夫)	()	生年月日	年 月 日
(フリガナ) 受診者氏名(妻)	()	生年月日	年 月 日
治療方法	(1. 体外受精 2. 顕微授精) 該当する番号に○をつけてください		
	(A B C D E F) 該当する記号(裏面注参照)に○をつけてください		
	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) 1. 有 2. 無
今回の治療期間	開始日	年 月 日	終了日 年 月 日
今回の採卵実施日	年 月 日	※凍結胚の移植のみ実施の場合、記載は不要です	
今回の胚移植の日	年 月 日	※未移植で治療が終了した場合、記載は不要です	
今回の治療への 保険適用	該当する番号に○を付け()内を記載してください 1. 有 (保険適用 回目) 2. 無 (これまで保険適用で治療した回数 回)		
	保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢 ()歳		
医療費 (①、②の該当する方に記載し、該当に☑を入れてください)	医療費領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日		
	① 保険診療と先進医療との併用診療 領収金額 円(うち先進医療にかかった費用 円 ※①の合計額と一致) ※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。		
	<input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関です。		
	② 保険外診療(自費診療) 領収金額 円(うち助成対象外経費 円) ※助成対象外経費は、治療に直接関係のない費用(入院費、食事代、文書料など)です。 ※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は、日本産婦人科学会の登録をしています。		
実施した 先進医療の内容 (①保険診療と先進医療との併用診療の場合のみ記載してください) ※TRIO検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください	該当に☑を入れ、実施日と金額・合計額を記入してください。		
	先進医療の名称	実施日・実施開始日	金額
	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)	年 月 日	円
	(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円
	(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日	円
	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)	年 月 日	円
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)	年 月 日	円
	(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	年 月 日	円
	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年 月 日	円
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)	年 月 日	円
	(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円
	(11) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術(マイクロ流体技術を用いた精子選別)	年 月 日	円
	(12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円
(13) <input type="checkbox"/> []	年 月 日	円	
合 計※①			円

裏面の【記入上の注意】をご確認の上、作成をお願いします。

【記入上の注意】

・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(妊娠の確認、または、やむを得ず治療を中止した日)までを記載してください。保険診療と先進医療との併用診療の場合は、治療計画作成日を治療開始日としてください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採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から治療終了日までを記載してください。

・主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相応するものです

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周期の間隔をあげ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、多精子授精などの異常授精等による中止

F 採卵したが卵が得られない、また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。

※ 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。