

倉敷市不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者について、体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）に係る治療を実施し、これに要した医療費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日 医療機関 所在地

名称

電話番号

主治医氏名

自署 又は 記名押印

受診者	夫	氏名					妻	氏名				
		生年月日	昭和 平成	年	月	日		生年月日	昭和 平成	年	月	日
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(※2参照)に○をつけてください。						1 体外受精 2 顕微授精 A 又は B の場合は○をつけてください。					
	男性不妊治療の有無 有 ・ 無 (いずれかに○) 有の場合は手術法 _____						精子回収の有無 有 ・ 無 (いずれかに○)					
今回の治療期間 ※1	治療開始日(治療計画を作成した日) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (男性不妊治療分) 開始日 令和 年 月 日 ~ 終了日 令和 年 月 日											
院外処方の有無 (いずれかに○)	有 ・ 無				妊娠成立の有無 (いずれかに○)		有 ・ 無					
区分 (いずれかに○)	① 保険診療 ・ ② 保険診療＋先進医療 ・ ③ 自由診療 (全額自己負担)											
先進医療を実施した場合の内容	該当に☑を入れてください。 ☐ PICSI ☐ 2段階胚移植法 ☐ ERA ☐ IMSI ☐ EMMA／ALICE ☐ タイムラプス ☐ 子宮内膜スクラッチ ☐ SEET法 ☐ 子宮内フローラ ☐ その他()											

※ 1 治療期間については、1回の治療ごとに採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）又は凍結胚移植術を行うための治療計画を作成した日から治療終了日までを記載してください。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（治療方法「C」を除く。以下同じ。）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。なお、「1回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）等から、胚移植術（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精卵による凍結胚移植も「1回の治療」とします。

※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 体調不良等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結果、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。その場合、A～F欄は空欄としてください。

※ 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。

→裏面に続く

→表面からの続き

受診者が 加入する 健康保険名	夫	保険者名		妻	保険者名	
-----------------------	---	------	--	---	------	--

※治療を行っていない者の記入は不要です。

領収年月日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

領収金額及び各月明細

領収年月	男性 不妊治療	領収金額		自己負担限度額の 適用区分	適用区分が未確認のときは医療費総額を記入してください
		保険適用分	全額自己負担分 (先進医療・自由診療)		
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
領収金額		(i) 計 円	(ii) 計 円	(i)+(ii) 総計	円

- ※ 助成対象となる治療は、体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（男性不妊治療を含む。）として行われたものです。
- ※ 入院室料（差額ベッド代）、食事代、文書料等の治療に直接関係のない費用は対象になりません。
- ※ 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く治療がある場合は、行を分けて領収金額等を記載してください。
- ※ 限度額適用認定証又はマイナ保険証の提示がないため適用区分が確認できない場合や受診者本人の希望等により高額医療費の制度の利用に同意がない場合等は、「未確認」を選択してください。
- ※ 自己負担限度額の適用区分欄が「未確認」の場合は、医療費の総額を記入してください。
- ※ 以下の生殖補助医療は助成対象外です。
 - ・夫婦以外の者からの精子、卵子又は胚の提供による不妊治療
 - ・夫の精子を妻以外の者の子宮に医学的な方法で注入し、当該者が妻の代わりに妊娠し、及び出産する不妊治療
 - ・夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の者の子宮に移植し、当該者が妻の代わりに妊娠し、及び出産する不妊治療