

不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
所在地
電話番号
主治医氏名

印

(※主治医が自署又は記名押印)

下記のとおり、不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施したことを証明します。

<医療機関記入欄>(該当することを確認の上、□にシ点を入れてください。当てはまらない場合は、助成の対象外となります。)

 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併せて実施しました。

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間(※1)	年 月 日 ~	年 月 日
今回の治療内容 について	A・B・C・D・E・F・M 該当する治療ステージ記号(裏面参照)に○を付けてください。	AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください
	今回は 回目の保険診療です。(保険制限回数 回)	
	今回の治療で当てはまるものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止	
今回の治療に係る 領収年月日	年 月 日 ~	年 月 日
今回の治療に係る 領収金額(※2)	円 (うち先進医療に係る領収金額 円) 円 (うち本証明書への記載料 円)	
実施した 先進医療	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内摩擦術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> その他 []

医療機関ご担当者様

- この証明書は、『不妊治療費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。
- 証明書を発行していただく際は、裏面注意事項にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。
なお、記載内容等にご不明な点等がありましたら、お問い合わせ先までご連絡ください。

【注意事項】

① 一連の治療を分けて申請することはできません。1回の治療計画ごとに受診等証明書を作成してください。
ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は助成の対象となります。

② 次の費用は助成の対象となりません。

- ・自費診療と併用して行われた先進医療に係る費用
- ・食事代、ベッド代等直接治療に関係ない費用

(※1) 治療期間については、治療計画に基づき記載してください。

(※2) 治療期間内に行った先進医療に要した費用のうち、自己負担(領収)額を記入してください。本証明書への記載料を徴収する場合はその金額も含むことができます。

<参考> 治療ステージ

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凍結胚移植を実施

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、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。

M 男性不妊治療(特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術)

なお、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対象となります。

(注) 採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成の対象となりません。

問合せ先

多賀城市保健福祉部子ども家庭課親子保健係

電話 022-368-1109