

生殖補助医療費受診等証明書

下記の者については、体外受精又は顕微授精(以下「生殖補助医療」という。)を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

(注) 本人が自署(手書き)する場合は押印不要

記

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療方法	【 ☐ 体外受精 ・ ☐ 顕微授精 ・ ☐ 胚移植 】 治療ステージ(※1) A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F 自由診療 ・ 先進医療名(医療技術名:) 【 ☐ 男性不妊治療(体外受精・顕微授精の一環として行われた治療) 】 自由診療(治療内容: T E S E ・ M E S A ・ P E S A ・ T E S A)	
今回の治療期間(※2)	年 月 日 ～ 年 月 日	
今回の治療に係る他医療機関への依頼及び院外処方の有無(※3)	無・有 → 医療機関・薬局名 ()	
日本産婦人科学会 UM I N個別調査票 登録の有無	無・有 → 症例登録番号 ()	
今回の治療にかかった金額の合計 ・ 先進医療 ・ 自由診療 に限る。 (※4)	生殖補助医療費(男性不妊治療費を除く) <u>領収金額 金</u> 円(税込) 男性不妊治療費(※4) <u>領収金額 金</u> 円(税込) <u>*医療機関及び薬局発行の領収証を添付</u>	
備考		

※1 治療ステージについては、裏面の別添表を参考にしてください。
※2 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を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療終了日までを記載してください。
※3 助成金の対象は、指定医療機関又は指定医療機関から紹介等を受けた医療機関での治療及び院外処方による投薬です。
※4 手術による精子の採取を行う医療機関として、都道府県等から指定を受けている医療機関が記載してください。

(裏面)

別添表 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容		採卵まで			採精（夫）	受精	胚移植						妊娠の確認	助成対象範囲
		薬品投与 （点鼻薬）	薬品投与 （注射）	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
							胚移植	黄体期補充療法		薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
A	新鮮胚移植を実施											助成対象		
B	凍結胚移植を実施													
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施													
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													
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													
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止												対象外	
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止													

※1 B:採卵・受精後、1～3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※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良い精子が得られないため治療を中止した場合、又は、精子は得られたがG及びHにより治療を中止した場合も、男性不妊治療は助成の対象となります。この場合の当該治療の終期は、不妊治療に係る主治医が当該不妊治療を終了したと判断した日になります。