

芽室町特定不妊治療費助成受診等証明書

年 月 日

印

受診者氏名		夫			妻		
受診者生年月日			年 月 日 (歳)			年 月 日 (歳)	
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日				
今回の治療期間		年 月 日 から 年 月 日まで					
治療内容	生殖補助医療（該当する記号に○をつけてください。裏面参照） A B C D E F						
	男性不妊治療（行った手術療法を記載してください。）						
	上記治療に伴い医師が必要として実施した先進医療（該当するものに○をつけてください。）						
当該受診者が今回行った特定不妊治療の内容について記入してください。	・PICSI ・SEET法 ・IMSI ・二段階胚移植法 ・反復着床不全に対する投薬（タクロリムス） ・その他（名称： ・タイムプラス ・子宮内膜受容能検査（ERA） ・子宮内フローラ検査 ・マイクロ流体技術を用いた精子選別 ・着床前胚異数性検査（PGT-A） ） ・子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） ・子宮内膜スクラッチ ・子宮内膜受容器検査（ERPeak）						
・ 院外処方の有無（ 有 ・ 無 ） ・ 高額療養費限度額適用認定証の有無（ 有 ・ 無 ） 所得区分（ア・イ・ウ・エ・オ）							
自己負担額 （一治療分）		生殖補助医療費		円			
		先進医療費		円			
		男性不妊治療費		円			
自己負担額の内訳	生殖補助医療費 （男性不妊治療費を除く）	診療年月		保険診療の 自己負担額	先進医療	院外処方分	高額療養費 の有無
		年 月		円	円	円	有 ・ 無
		年 月		円	円	円	有 ・ 無
		年 月		円	円	円	有 ・ 無
		年 月		円	円	円	有 ・ 無
		年 月		円	円	円	有 ・ 無
	男性不妊治療費	年 月		円	円	円	有 ・ 無

(裏面あり)

(記載上の注意)

- 1 当該患者に関して行った生殖補助医療、男性不妊治療、併せて行った先進医療に係るもののみご記入ください。
- 2 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から「院外処方分」の欄に記入してください。
- 3 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。

(生殖補助医療の内容)

- 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
- 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 授精できず、又は胚の分割停止、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