

高萩市特定不妊治療受診等証明書

年 月 日

高萩市長 宛て

医療機関所在地

名 称

主治医氏名

印

次のとおり、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名		夫	()	妻	()
生年月日・年齢			年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
治療期間※1		年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無		有 ・ 無		治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H
今 回 の 治 療	いずれかに☑	以下の助成要件を確認し、☑をお願いします。			
	□1.先進医療	□保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 □当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。			
		移植回数及び国に準ずる保険適用回数 回目			
	□2.保険適用外の生殖補助医療(4回目以降)	□初回治療開始の妻の年齢が40～43歳未満で、保険適用回数が上限3回に達している。 □今回は【4回目・5回目】の【体外受精・顕微授精】であり、自費で実施した。※該当する方に○印 □今回の治療開始時の妻の年齢は43歳未満である。 □当医療機関は保険医療機関として承認されている。			
領収金額		今回の治療に係る領収金額 ※2 円		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 (1.先進医療の場合のみ) 円	
実施した先進医療 (1.先進医療の場合のみ)				実 施 日※3	領 収 金 額
子宮内膜刺激術 (SEET 法)				年 月 日	円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養				年 月 日	円
子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)				年 月 日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)				年 月 日	円
子宮内膜受容能検査1 (ERA)				年 月 日	円
子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)				年 月 日	円
子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)				年 月 日	円
子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)				年 月 日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)				年 月 日	円
二段階胚移植術				年 月 日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術				年 月 日	円
着床前胚異数性検査2				年 月 日	円
				年 月 日	円

※1 当該採卵に係る治療計画を作成した日（改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る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。
なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

(裏面)

体外受精・顕微授精の治療ステージ

治療 ステージ	治 療 内 容	採 卵 ま で			採 精 (夫)	受精 (前培養・媒精 (顕微授精) ・ 培養)	胚 移 植							(妊 娠 の 確 認 2 週 間 後)
				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		(自 然 周 期 で 行 う 場 合 も あり)	薬 品 投 与 (自 然 周 期 で 行 う 場 合 も あり)	胚 移 植	黄 体 期 補 充 療 法	
A	新 鮮 胚 移 植 を 実 施													
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 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 り 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													
G	卵 胞 が 発 育 し な い 、 又 は 排 卵 終 了 の た め 中 止													
H	採 卵 準 備 中 、 体 調 不 良 等 に よ り 治 療 中 止													