

様似町特定不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

及び所在地

代表者氏名

印

医療機関記入欄

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療内容	生殖補助医療 A B C D E F 該当する記号（注意事項1参照）に○をつけてください		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。	
	医師が必要として実施した先進医療等（該当する口に✓をつけてください。） 先進医療 A ☐ 子宮内膜刺激術（SEET法） ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSi） ☐ 子宮内膜受容能検査 1（ERA） ☐ 子宮内細菌叢検査 1（EMMA/ALICE） ☐ 二段階胚移植術 ☐ 子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ） ☐ 子宮内膜受容能検査 2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak） ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSi） ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot） 先進医療 B ☐ 反復着床不全に対する投薬（タクロリムス） ☐ 着床前胚異数性検査 ☐ その他 ()			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
・高額療養費限度額適用認定証の有無（ ☐ 有・ ☐ 無） ・高額療養費該当の有無（ ☐ 有・ ☐ 無）				
本人負担額の内訳	生殖補助医療 （医療保険適応治療額）		円	
	先進医療 （医療保険適応外治療額）		円	

（記載上の注意点）

- 治療期間については、排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。
- ☐は該当項目をチェックしてください。
- 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、処方箋によらない薬代（サプリメント等）は除く。
- 高額療養費限度額認定証の有無が「有」の場合は区分を選んでください。
（注意事項 1）補助対象となるの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
C 以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施
D 採卵後に対象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、多精子受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、又は状態の良い卵が得られないための中止
（注意事項 2）G採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象になりません。