

生殖補助医療等医療機関受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名
電話番号



下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄 (※主治医が記入してください。)

| | | | | |
|-----------------|----------------------|--|--|------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 | 夫 | () | 妻 | () |
| 受診者 生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) |
| 治療方法 | I | A B C D E F (該当する記号 (注参照) に○を付けてください) | A又は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) | |
| | II | 男性不妊治療の実施 | 有 ・ 無 | |
| | | 男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 [] | | |
| | III | 院外処方の有無 | 有 ・ 無 | |
| IV | 他医療機関への依頼 (※1:裏面) | | 有 ・ 無 | |
| | (医療機関名) | | (指示内容) | |
| 治療期間 (※2:裏面) | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | | |
| 徴収金額 (※3:裏面) | 生殖補助医療費 (男性不妊治療費を除く) | | | |
| | | | 徴収金額 円 | |
| | 男性不妊治療費 | | 徴収金額 円 | |

(注) 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。

- I. 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周期程度の間隔をあけ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胚移植を実施
D 採卵・受精後に体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E 採卵後、受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
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、助成対象となりません。
- II. 男性不妊治療 生殖補助医療の過程で、精巣又は精巣上体から精子を採取する手術
(※) 男性不妊治療のみの場合は、助成対象となりません。

(裏面もご覧ください)

(裏面)

- (1) 治療の一部を他の医療機関で行った場合、その医療機関名と指示内容について記入してください。
- (2) 治療開始日は、今回の治療における生殖補助医療実施計画書に同意した日を記入してください。
- (3) 不妊治療に要した治療費について記入してください。ただし、以下のものは除きます。
 - ① 入院時の差額ベッド代
 - ② 食事療養費
 - ③ 文書料
 - ④ 処方箋によらない薬（サプリメント等）
 - ⑤ 医療機関以外で受けた治療に要した費用