

牟岐町不妊治療費助成事業受診等証明書（生殖補助医療実施分）

次のとおり、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴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

主治医師名

印

【医療機関記入欄（主治医がご記入ください）】

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
	受診者生年月日	年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
【保険診療で実施した治療】 治療期間	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日 (男性不妊治療分) 年 月 日 ~ 年 月 日			
【保険診療で実施した治療】 治療内容	(実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものすべてに✓をご記入ください。)			
	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 受精 (<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精) <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術 (<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植) <input type="checkbox"/> 精巣内精子採集術 (精子の回収の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無胚移植)			
本人負担額 (生殖補助医療)	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	年 月分	円	年 月分	円
	(妻) 保険診療分の合計額			円
本人負担額 (男性不妊治療)	年 月分	円	年 月分	円
	(夫) 保険診療分の合計額			円
限度額適用	<input type="checkbox"/> 限度額適用認定証確認・適用済み 確認・適用済みの場合は、 <input checked="" type="checkbox"/> 記入 【適用区分】 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ 該当区分に <input checked="" type="checkbox"/>			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			

(注1)

生殖補助医療の助成対象となるのは、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（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔を開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 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、又は胚の分割停止、変性、他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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成対象となります。

※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は生殖補助医療の助成対象ではありません。

(注2)

不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外となります。

(注3)

主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。