様式第２号（第６条関係）

仁木町不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（又はその調剤）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

仁木町長　　　様

医療機関等　所在地

名　称

主治医　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | | （　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 生 年 月 日 | | | 年　　月　　日（　　　歳） | | 年　　月　　日（　　　歳） | | |
| 今回の治療期間（注１） | | | 年 月　　　日　　　～　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 検査・不妊治療の内容 | | | 一般不妊治療 | | １．タイミング法　２．人工授精　３．その他（　　　　　　） | | | | | |
| 生殖補助医療 | | １．体外受精　２．顕微授精　３．男性不妊治療 | | | | | |
| 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 | | | | | |
| 先進医療 | | １．あり　　２．なし  ※　ありの場合は裏面別表の先進医療における受診等証明書も記入してください。 | | | | | |
| 院外処方 | | １．あり　　２．なし  ※　ありの場合は本人負担額の内訳欄の薬局徴収分も記入してください。 | | | | | |
| 本人負担額の内訳 | 区分 | | 医療機関徴収分 | | | | | | | |
| 診療点数 | | 保険診療分 | | | | | 薬局徴収分 |
| 助成対象 | | 助成対象外（注２） | | |
| 年４ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ５ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ６ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ７ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ８ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ９ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 10 | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 11 | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 12 | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 年１ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ２ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| ３ | 月 | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 合　計 | | 点 | | 円 | | 円 | | | 円 |
| 領　収　金　額 | | | 一般不妊治療（保険診療の自己負担分） | | | | | | 領収金額　　 　　　　　　　 円 | |
| 生殖補助医療（保険診療の自己負担分） | | | | | | 領収金額　　 　　　　　　　 円 | |
| 生殖補助医療（男性）（保険診療の自己負担分） | | | | | | 領収金額 円 | |
| 先進医療 | | | | | | 領収金額 円 | |
| 合計 | | | | | | 領収金額 円 | |

（注１）治療期間については、採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。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から

特定不妊治療終了日までを記載してください。

（注２）食事代、入院費、文書料及び凍結保存に係る費用は助成対象外に記入してください。

|  |
| --- |
| （注意事項）  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、母体の状況を整えるために、１～３週間程度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目処が立たず治療終了  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受精等による中止  Ｆ　採卵した卵が得られない、又は状態の良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、精子を得られない、または状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。 |

（別表）先進医療における受診等証明書

　下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

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 | | （　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 生 年 月 日 | 年　　月　　日（　　　歳） | | 年　　月　　日（　　　歳） |
| 今回の治療方法　　　　（注１） | 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）  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 先進医療Ｂ | | □　タクロリムス投与療法  □　着床前胚異数性検査  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） | | | |
| 今回の治療期間  （注２） | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日 | | | | | |
| 領収金額 | 治療にかかった金額合計  ※保険外診療に限る。また、文書料、食事療養標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含みません。 | | | | | |
| 先進医療分 | | | | 領収金額　　　　　　　　　　円 | |

（注１）治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

（注２）治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。