

小美玉市生殖補助医療費補助金受診等証明書

次の者については、生殖補助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。

年 月 日

所在地
実施医療機関名
電話番号
主治医氏名

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法				
回 数	回目	妊娠の有無	有 ・ 無	
今回の治療期間 ※1	年 月 日～ 年 月 日 (妊娠確認又は治療を中止した日)			
保 険	☐ 保険適用 ☐ 一部適用 ☐ 適用外 ◎ 先進医療（保険適用外）を含む場合は、裏面もご記入ください。			
高額療養費制度	☐ 利用している ☐ 利用していない			
領 収 金 額	《今回の治療にかかった金額合計》 ※入院室料、食事療養費、凍結された精子・卵子・受精胚の管理料（保管料）及び文書料は補助対象外です。 生殖補助医療費（男性不妊治療除く） 領収金額 円			
備 考 ※2				

- ※1 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。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生殖補助医療終了日までを記載してください。
- ※2 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、医療機関名や薬局名等を記載してください。

特定治療支援事業の指定医療機関又は、生殖補助医療に係る厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において受けた生殖補助医療が対象です。
保険適用と「先進医療」と認められる治療との組合せにおいても補助対象となります。
混合診療（先進医療とならない保険適用外の治療）においても補助対象となります。

【注意事項】 申請期限は治療終了日から起算して60日以内です。
申請期限に間に合わない場合は、速やかにこども家庭センターへご相談ください。

不妊治療（先進医療）受診等証明書

次のとおり、保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H		
領収金額	表面の領有金額のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 円		
上記治療期間中に実施した先進医療			
医療技術名	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	
タクロリムス投与療法	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 1	年 月 日	円	
着床前胚異数性検査 2	年 月 日	円	
☐ 当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として承認されている。			
☐ 上記の先進医療について、保険適用となる体外受精又は顕微授精と併用して実施した。			

※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。