

利根町不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

利根町長 様

医療機関所在地
名 称
主治医氏名

印

次のとおり、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()
生年月日・年齢			年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
治療期間※ 1		年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無		有 ・ 無		治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H ※治療ステージの詳細は、裏面参照
今 回 の 治 療	いずれかに☑	以下の助成要件を確認し、☑をお願いします。			
	□ 1. 先進医療	□保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 □当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。			
	□ 2. 保険適用 外の生殖補助 医療(4回目以 降)	□初回治療開始の妻の年齢が 40～43 歳未満で、保険適用回数が上限 3 回 に達している。 □今回は 4 回目以降の生殖補助医療であり、自費で実施した。 □今回の治療開始時の妻の年齢は 43 歳未満である。 □当医療機関は保険医療機関として承認されている。			
領収金額		今回の治療に係る領収金額 ※ 2 円		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 (1.先進医療の場合のみ) 円	
実施した先進医療 (1. 先進医療の場合のみ)			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
			年 月 日		円

※ 1 当該採卵に係る治療計画を作成した日（改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日）から治療終了日までを記載してください。
なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※ 2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※ 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。

(裏面)

体外受精・顕微授精の治療ステージ

治療 ステージ	治療内容	採卵まで			採精（夫）	受精 （前培養・媒精 （顕微授精）・培養）	胚移植						妊娠の確認 （胚移植のおおむね 2週間後）
							新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			
							胚移植	黄体期補充療法		（自然周期で行う場合 もあり）	薬品投与 （自然周期で行う場合 もあり）	胚移植	
A	新鮮胚移植を実施												
B	凍結胚移植を実施												
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施												
D	体調不良等により移植のめどが立たず 治療終了												
E	受精できずまたは、胚の分割停止、変性、 多精子授精などの異常授精等により中止												
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												
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止												
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												