

生殖補助医療受診等証明書

年 月 日

(あて先) 逗子市長

所在地

指定医療機関名称

主治医氏名

印

次の者は、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判断したため、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

受診者氏名(夫)		生年月日	年 月 日
受診者氏名(妻)		生年月日	年 月 日
治療方法	( 1 体外受精 2 顕微授精 ) 該当する番号に○をつけてください。 ( A B C D E F ) 該当する記号(裏面注参照)に○をつけてください。		
	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。 {	(精子回収の有無) 1 有 2 無	
今回の治療期間 ※1)	年 月 日 ~	年 月 日	
今回の治療への保険の適用	該当する番号に○を付けてください。 1 有 2 無 (無の場合は、逗子市生殖補助医療費助成事業は受けられません。)		
実施した先進医療の内容 (先進医療を実施した場合のみ記入)	(該当に☑を入れる) <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA) <input type="checkbox"/> その他( )		
	(該当の場合☑) <input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関です。		
日本産科婦人科学会登録の有無	有 → ( 体外受精 凍結保存・移植 顕微授精 ) ・ 無		
医療費 (今回の治療内容に応じて、①、②のいずれか該当する方に記載してください。)	医療費領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日		
	①保険診療(生殖補助医療) 領収金額 円 ※2) 男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。		
	②保険診療と先進医療との併用診療 領収金額 円 ※2) 男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。		

※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行った日から治療終了日までを記載してください。

※2) 採卵準備前に男性不妊の手術による治療を行った場合で、精子が得られない等により、採卵準備前に不妊治療を中止したときは、男性不妊治療を行った期間と領収金額を記載してください。

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他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

## 第2号様式（第7条関係）

（注）助成対象となる治療は次のいずれかに相応するものです。

- 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 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る中止
- F 採卵したが卵が得られない、また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の対象となります。

※採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。