

宇多津町不妊治療(生殖補助医療)医療費助成受診等証明書

次の者は、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠見込みがない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次のとおり領収したことを証明します。

宇多津町長 宛

年 月 日

医療機関名・所在地

主治医氏名

印

(自署又は記名押印してください)

医療機関記入欄(主治医が記入してください)

受診者氏名(夫)	(フリガナ)	生年月日	年 月 日(歳)	
受診者氏名(妻)	(フリガナ)	生年月日	年 月 日(歳)	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号(裏面参照)に○を付けてください。		A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。	
	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	(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 診療月ごとの保険診療 分に係る医療費等	診療年月	自己負担額 ※2 (窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 (限度額適用認定証の掲示等により確認が取れてい る場合、適用区分又は限度額を記入してください) 未確認の 場合は✓ を付けて ください	
	生殖補助医療(妻の治療)			
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認	
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認	
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認	
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認	
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認	
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認	
	(妻)保険診療分の合計額 ①		円	
	男性不妊治療(夫の治療) ※3			
年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認		
年 月分	円	適用区分()又は限度額(円) □未確認		
(夫)保険診療分の合計額 ②		円		
先進医療	保険診療と併用した先進医の有無 □ 無 □ 有	先進医療にかかった治療金額(自費診療分) ◎ 円 ※2		
自己負担合計額	①+②+◎ 円			

※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。なお、主治医の治療方針に基づき、治療計画を作成し、採卵準備前に精巣内精子採取術等の男性不妊治療を行った場合も、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※2 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院室料(差額ベット代等)、食事療養費、文書料等は助成の対象外となりますので、合計額から除いてください。

※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他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。

(注)助成対象となる治療は、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 排卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(排卵・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なった場合)
 - C 以前に凍結した胚による移植を実施
 - 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、多精子授精などの異常授精等による中止
 - F 採卵したが得られない、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。