

## 勝浦町不妊治療応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書

次の者については、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又は極めて少ないと想われるため、生殖補助医療（及びその一環としての男性不妊治療）を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

	夫		妻	
ふりがな 受診者氏名				
生年月日	年 月 日 ( 歳 )		年 月 日 ( 歳 )	
他機関の治療	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 医療機関名 : )			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 処方日 : / / / / / / )			
今回の治療の 保険適用等	• 保険適用 通算 ( ) 回目 • 保険適用による通算1回目の治療開始時 (*) の妻の年齢 ( 歳 ) *保険適用を受ける初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日を指します。			
保険診療で実施 した治療期間	(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 した治療内容	実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものすべてに <input checked="" type="checkbox"/> をしてください。 <input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 受精 ( <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 ) <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術 ( <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植 )			
	<input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 ( 精子の回収の有無 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			
	※入院時の差額ベッド代、 食事代及び文書料等不妊治 療に直接関係のない費用は 含めないでください。		診療年月	自己負担額 (窓口負担額)
本人負担額 (生殖補助医療)	妻	年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
	保険診療分の合計	円		
本人負担額 (男性不妊治療)	夫	年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
		年 月 分	円	<input type="checkbox"/> 適用区分 ( ) 又は限度額 ( 円 ) <input type="checkbox"/> 未確認
	保険診療分の合計	円		

※治療期間については今回の胚移植術に係る生殖補助医療の治療計画を作成した日を開始日とし、該当生殖補助医療の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、治療計画を作成した日から当該生殖補助医療の終了日まで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。

※裏面に助成対象範囲を記載していますのでご確認ください。

## 体外受精・顕微授精の治療ステージ及び助成対象範囲

治療内容	採卵まで			（前培養・媒精（受精）、（自然周期で行う場合も） 薬品投与（点鼻薬）あり）	（自然周期で行う場合も） 薬品投与（注射）あり）	採卵	（前培養・媒精（受精）、（自然周期で行う場合も） 薬品投与（点鼻薬）・培養）	胚移植			（自然周期で行う場合も） 薬品投与（点鼻薬）あり）	凍結胚移植			（胚移植のおおむね2週間後） 妊娠の確認	助成対象範囲		
	新鮮胚移植		胚凍結	胚移植		胚移植	黄体期補充療法		胚移植	黄体期補充療法			胚移植					
	胚移植	黄体期補充療法		胚移植	黄体期補充療法		胚移植	黄体期補充療法		胚移植	黄体期補充療法	胚移植	黄体期補充療法	胚移植				
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日	7~10日	1日	10日	1日	1日	1日	1日	1日	1日		
A	新鮮胚移植を実施																	助成対象
B	凍結胚移植を実施*																	助成対象
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施																	対象外
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																	

\*B:採卵・受精後、1~3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合。

※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する。