

和気町不妊治療支援事業受診証明書

年 月 日

和気町長 様

医療機関 所在地  
名称  
主治医

次のとおり治療を実施し医療費を徴収したことを、証明いたします。

受診者	氏名	夫	生年	年 月 日生
		妻	月日	年 月 日生
今回の治療方針	<input type="checkbox"/> 保険が適用される生殖補助医療に係る治療 <input type="checkbox"/> 保険が適用される生殖補助医療に係る治療に合わせて保険適用外の先進医療を併用した治療 <input type="checkbox"/> 保険適用外の治療			
	保険適用	<b>A</b> (1 体外受精・2 顕微授精) ・ <b>B</b> (1 体外受精・2 顕微授精) ・ <b>C</b> ・ <b>D</b> ・ <b>E</b> ・ <b>F</b> <small>※該当番号(裏面注3参照)に○を記入 A又はBの場合は 番号に○を記入してください</small>		
		男性不妊治療の有無	有 ・ 無	精子回収の有無
	適用外	<input type="checkbox"/> 保険適用外の先進医療 <input type="checkbox"/> 保険での年齢対象外 <input type="checkbox"/> 保険での回数対象外 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
今回の治療期間 (※1)	年 月 日 ~ 年 月 日 (男性不妊治療分) 年 月 日 ~ 年 月 日			
妊娠成立の有無	有 ・ 無 ・ 治療中止			
院外処方の有無	有 ・ 無			
領収金額	保険適用分の自己負担額	領収年月日 年 月 日		
		(男性不妊治療費を除く)	領収金額	円
今回の治療にかかった医療費 (自己負担額) の合計		(男性不妊治療費 ※2)	領収金額	円
※治療に直接関係のない費用は除く	保険適用外の自己負担額	(他医療機関実施分※3)	領収金額	円
		(男性不妊治療費を除く)	領収金額	円
		(男性不妊治療費)	領収金額	円
		(他医療機関実施分※3)	領収金額	円

⇒裏面に説明あり

(※1) 治療期間については、「1回の治療」ごとに、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）又は凍結胚移植術を行うための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。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（治療方法「C」を除く。以下同じ。）を行った場合は男性不妊治療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、「1回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）等から、胚移植術（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も「1回の治療」とします。

(※2) 保健が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術（TESE）等、顕微授精につながる、保険が適用される男性不妊治療を実施した場合に、その医療費（自己負担額）を記載してください。

(※3) 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で不妊治療（男性不妊治療を含む）を行った場合は、患者から他医療機関に支払った領収書の提示を受け、主治医が金額を記入してください。

(注1) 和気町での助成対象となる治療は、医療機関において主治医の治療方針に基づき行われた不妊治療です。

(注2) 保険適用における治療ステージ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 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周期程度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、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結果、精子が得られない、又は状態の良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。その場合、A～F欄は空欄としてください。
- ※ 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。