

生殖補助医療受診等証明書

次の者は、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

受診者氏名	対象者		配偶者	
受診者生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
治療方法	(A B C D E F) 該当する記号（裏面参照）に○をつけてください		1. 体外受精 該当する番号に 2. 顕微授精 ○をつけてください	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください 		精子回収の有無 1. 有 2. 無 該当する番号に○をつけてください	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (胚移植実施日) 年 月 日 (男性不妊治療分) 年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療内容 (該当する項目にチェックをしてください)	☐ 保険適用された生殖補助医療と併用して先進医療を実施した。 ☐ 当医療機関は、今回実施した先進医療の実施医療機関として厚生労働省に届出をし、承認をされている。 ☐ 先進医療会議で審議中の技術をした。 ☐ その他 ()			
実施した先進医療 又は審議中の技術 (該当する項目にチェックをしてください。記載のない先進医療又は審議中の技術はその他に記入してください)	(該当にチェックを入れる) ☐ 子宮内膜刺激術 (SEET法) ☐ タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) ☐ 子宮内膜受容能検査 1 (ERA) ☐ 子宮内膜受容能検査 2 (ERPeak) ☐ 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA, ALICE) ☐ 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI) ☐ 二段階胚移植法 (新鮮胚移植) (凍結融解胚移植) ☐ 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 ☐ その他 ()			
日本産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			
領収金額等 (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)	領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日			
	①保険診療と先進医療との併用診療			
	今回の治療における領収金額		円	
	うち先進医療技術に係った治療費		円	
	②保険外診療 (自費診療)			
	今回の治療における領収金額		円	
	(うち助成対象外経費		円)	
※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用 (入院費、食事代、文書料等)				

(※1) 治療期間については、1回の治療ごとに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。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を行った場合は、男性不妊治療を行った日から記載してください。なお、「1回の治療」とは、体外受精・顕微授精1回に至る治療の過程を指します。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回とします。

(※2) 生殖補助医療の一環として、精巣内精子生検採取法（TESE）又は精巣上体精子吸引採取法（MESA）等、精巣または精巣上体から直接精子を採取する治療を実施した場合に、その費用を記載してください。

(※3) 生殖補助医療（特定不妊治療）以外のために実施した先進医療は助成対象となりません。

(注1) 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（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、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 排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。
- ※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。