

年 月 日

総社市長 様

下記の者について、体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣または精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）に係る治療を実施し、これに要した医療費（自己負担額）を下記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  
 電話番号  
 主治医名  
 自署 または 記名押印

受診者	夫	氏名		妻	氏名	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日		生年月日	昭和・平成 年 月 日
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（※2参照）に○をつけてください。			1 体外受精 2 顕微授精 AまたはBの場合は○をつけてください。		
	男性不妊治療の有無 有・無 (いづれかに○) 有の場合は手術法 _____			精子回収の有無 有・無 (いづれかに○)		
今回の治療期間(※1)	治療開始日（治療計画を作成した日） 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
	（男性不妊治療分）開始日 令和 年 月 日 ~ 終了日 令和 年 月 日					
院外処方の有無 (いづれかに○)	有・無		妊娠成立の有無		有・無	
区分 (いづれかに○)	① 保険診療のみ		②保険診療+先進医療		③保険外診療（全額自己負担）	
先進医療を実施した場合の内容	該当に☑をいれてください。 <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> 2段階胚移植法 <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> EMMA/ALICE <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> ERPeak <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> その他( )					

(※1) 治療期間については、1回治療ごとに採卵術（採卵術を施工するための準備を含む。）また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までを記載してください。なお、「1回目の治療」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（胚移植術の結果を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。

(※2) 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 採卵から胚凍結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、多精子受精等による中断
- F 採卵したが卵が得られない、または、状態の良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、また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）は助成対象とはなりません。

⇒ 裏面に続く

受診者が加入する健康保険名	夫	保険者名		妻	保険者名	
---------------	---	------	--	---	------	--

※治療を行っていない者の記入は不要です。

領収年月日	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---	---	----	---	---	---

【領収金額及び各月明細】

領収年月	男性不妊治療	領収金額		自己負担限額の適用区分	適用区分が対象外の時は医療費総額を記入してください
		保険適用分	全額自己負担分 (先進医療・保険外診療)		
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
令和 年 月分	非該当・該当	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外	円
領 収 金 額		(a) 計 円	(b) 計 円	(a+b) 総計	円

※ 助成対象となる治療は、体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（男性不妊治療を含む。）として行われたものです。

※ 入院室料（差額ベッド代），食事代，文書料等の治療に直接関係ない費用は対象になりません。

※ 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く治療がある場合は，行を分けて領収金額等を記載してください。

※ 限度額適用認定証またはマイナ保険証の提示がないため適用区分が確認できない場合や受診者本人の希望等により高額医療の制度の利用に同意がない場合は，「対象外」を選択してください。

※ 限度額適用認定証またはマイナ保険証の提示があった場合でも，自己負担額が確認できなかった場合等により高額療養費の適用がない場合（受給者本人に医療費の3割負担を求めた場合等）は「対象外」を選択してください。

※ 自己負担限度額の適用区分欄が「対象外」の場合は，医療費の総額を記入してください。

※ 以下の生殖補助医療は助成対象外です。

- ・ 夫婦以外の第三者から提供を受けた精子，卵子又は胚によるもの
- ・ 夫の精子を妻以外の第三者の子宮に医学的な方法で注入し，当該者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの
- ・ 夫の精子と妻の卵子を体外受精して得た胚を妻以外の第三者の子宮に注入して，当該第三者が妻の代わりに妊娠及び出産するもの