

様式第3その2(第7条関係)

小牧市不妊治療等受診等証明書(生殖補助医療)

年 月 日

下記の者について、生殖補助治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

【医療機関記入欄】

対象者	夫		氏名		生年月日	
	妻				年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	(該当項目に○) A B C D E F 男性		1. 体外受精・顕微授精 2. 先進医療 3. 先進医療に該当しない保険外診療 (該当項目に○をつけてください。) <input type="checkbox"/> 当医療機関は厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして届出を行っている医療機関です。【実施した場合は <input checked="" type="checkbox"/> 必須】			
	先進医療を実施した場合は、今回実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日を記入してください。 ※(1)～(12)までの他に新しく告示された治療・技術を実施した場合は(13)へ記入してください。					
裏面参照			先進医療治療・技術		実施日	領収金額
	(1)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法)		年 月 日	円	
	(2)	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 】回(2回目以降の実施日・領収金額:)		年 月 日	円	
	(3)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)		年 月 日	円	
	(4)	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) 【 】回(2回目以降の実施日・領収金額:)		年 月 日	円	
	(5)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1 (ERA)・2 (ERPeak)		年 月 日	円	
	(6)	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA、ALICE)		年 月 日	円	
	(7)	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術 (IMSI) 【 】回(2回目以降の実施日・領収金額:)		年 月 日	円	
	(8)	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術		年 月 日	円	
	(9)	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)		年 月 日	円	
	(10)	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法		年 月 日	円	
	(11)	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術		年 月 日	円	
	(12)	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A)		年 月 日	円	
(13)	<input type="checkbox"/>		年 月 日	円		
<input type="checkbox"/> 当医療機関は実施した先進医療技術に係る実施医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関です。【実施した場合 <input checked="" type="checkbox"/> 必須】						
今回の治療期間		年 月 日～		年 月 日		
治療月	保険診療分	先進医療分	保険外診療分 (全額自費診療分のみ)	薬局徴収分院外処方 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有	高額療養費等 (事務局記入)	
年 月	円	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	円	
年 月	円	円	円	円	円	
計	円	円	円	円	円	

様式第3その2(第7条関係)

※注(医療機関等へのお願い)

- 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。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のみ行った場合は、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下さい。
- 2 院外処方がある場合は、薬局の領収書から自己負担額を転記してください。
- 3 文書料、容器代、食事療養標準負担額、個室料、成果料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 4 助成対象となる治療は下記の表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(採卵して受精後に胚を凍結し、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、多精子受精などの異常受精により中止
F	採卵したが卵子が得られない。又は状態の良い卵子が得られないため中止
男性	生殖補助医療に付随する検査から「精巣内精子採取術」などの精子を採取するための手術を経て精子凍結に至る一連の治療

(注)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。

- 5 TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方に☑してください。
- 6 (2)(4)(7)について、複数回実施した場合は、【 】に合計実施回数を記入し、()に2回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。