様式第３号（第６条関係）

井原市不妊治療費助成事業受診証明書（生殖補助医療）

下記の者について、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又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）を下記のとおり領収したことを証明します。

証明日（西暦）		年　月　日	
保険医療機関	名　称		
	所在地		
	電話番号		
	主治医氏名	（自署又は記名押印）	

受診者	妻	フリガナ	
		氏名	
		生年月日（西暦）	年　月　日
	夫	フリガナ	
		氏名	
		生年月日（西暦）	年　月　日

今回の治療方法	診療区分	☐ 保険診療　☐ 保険診療＋先進医療		
	治療ステージ（※１）	☐ A　☐ B　☐ C　☐ D　☐ E　☐ F		
	（→ 治療ステージが A・B・C のいずれかの場合）今回の治療による妊娠成立の有無			☐ 有　☐ 無
	男性不妊治療	☐ 有　☐ 無	→ 有の場合	手術名：
	先進医療（※2）	☐ PICSI　☐ ２段階胚移植法　☐ ERA　☐ IMSI　☐ EMMA/ALICE ☐ タイムラプス　☐ 子宮内膜スクラッチ　☐ 子宮内フローラ ☐その他　（　）		

今回の治療期間（※3）	開始日（西暦）	年　月　日
	終了日（西暦）	年　月　日

今回の治療における他医療機関の受診	☐ 有　☐ 無	院外処方の有無	☐ 有　☐ 無

→他医療機関の受診有の場合	医療機関名	自医療機関から見た、他医療機との関係 ☐転院元（治療計画作成以降）☐転院先

（※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　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、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　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実施したが、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中止
※　侵襲的治療を行っていない場合は助成対象となりません。

（※２）　保険が適用される生殖補助医療（※１の A～F に該当する治療）に併せて行われた場合に限り助成の対象となります。

（※３）　「１回の治療」ごとに、治療開始日（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等）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。

→裏面へ続く

→表面からの続き

今回の治療の領収期間	領収開始年月日（西暦）	年　　月　　日
	領収終了年月日（西暦）	年　　月　　日

領収金額及び各月明細

領収年月（西暦）		領収金額（自己負担額）（注１・２）		自己負担限度額の適用区分（注３）	適用区分が未確認の場合の医療費総額（注４）
		保険適用分	全額自己負担分（先進医療分）		
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
年　月分	妻	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
	夫	円	円	ア・イ・ウ・エ・オ・未確認	円
領収金額合計		①	②	①＋②合計	
	妻	計　円	計　円	総額　円	
	夫	計　円	計　円	総額　円	

受診者の医療保険（注１・５）	妻	保険者名		
		保険者番号		
	夫	保険者名		
		保険者番号		

（注１）　治療を行っていない者については記入不要です。

（注２）　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）、食事代等、治療に直接関係ない費用は対象になりません。

（注３）　限度額認定証又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、高額療養費の制度の利用に同意がない場合等は「未確認」を選択してください。

（注４）　自己負担額の適用区分が「未確認」の場合は、医療費総額を記入してください。

（注５）　治療中に医療保険の変更があった場合は、保険者名及び加入期間を併記してください。