

那賀町不妊治療費助成事業事業(生殖補助医療【保険診療】)受診等証明書

年 月 日

次の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療(及びその一環としての男性不妊治療)を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関

所在地

名称

主治医氏名

印

【医療機関記入欄(主治医がご記入ください)】

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
【保険診療で実施した治療】	(開始) 年 月 日 ~ (終了) 年 月 日			
治療期間	(男性不妊治療分) 年 月 日 ~ 年 月 日			
【保険診療で実施した治療】	(実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものすべてに✓をご記入ください。)			
治療内容	☐ 採卵術 ☐ 受精(☐ 体外受精 ☐ 顕微授精) ☐ 受精卵・胚培養			
	☐ 胚凍結 ☐ 胚移植術(☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結・融解胚移植)			
	☐ 精巣内精子採取術(行った手術療法:) ☐ Y染色体微少欠失検査			
【保険診療で実施した治療】 本人負担額 (生殖補助医療)	診察年月	自己負担額(窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額(限度額適用認定証の掲示等により確認が取れている場合、適用区分又は限度額を記入してください)	未確認の場合は☑を付けてください
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	(妻)保険診療分の合計額 円			
本人負担額 (男性不妊治療)	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	年 月分	円	適用区分()又は限度額()円	☐ 未確認
	(夫)保険診療分の合計額 円			

※裏面の説明事項もご確認ください。

(注1)

生殖補助医療の助成対象となるのは、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周期の間隔を開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、他精子受精などの異常受精等による中止
- 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治療を中止した場合も助成対象となります。

※採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は生殖補助医療の助成対象ではありません。

(注2)

不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外となります。

(注3)

主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。