

様式第2号(第5条関係)

真庭市不妊治療支援事業受診証明書

年 月 日

真庭市長 様

医療機関の所在地

医療機関の名称

主 治 医 氏 名

印

下記のとおり不妊治療を実施し、これに要した医療費を徴収したことを証明いたします。

受診者	氏名		生年月日
	夫		年 月 日生
	妻		年 月 日生
今回の治療方法 ＊該当する治療に ☒	☐ 生殖補助医療（保険適用のもの） A B C D E F ＊該当する記号（注１参照）に○ 〔 A又はBの場合（該当する番号に○）〕 1 体外受精 2 顕微授精		生殖補助医療に伴う ☐ 男性不妊治療（注２参照） 精子回収（有 ・ 無 ） 手術法（ ）
	☐ その他の治療（ ）		
今回の治療期間 （※１）	年 月 日 ～ 年 月 日 （男性不妊治療分） 年 月 日 ～ 年 月 日		
領収金額	領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 保険適用の治療 （生殖補助医療：男性不妊治療費を除く） <u>領収金額</u> 円		
	（男性不妊治療費：生殖補助医療に伴うもの※２） <u>領収金額</u> 円		
	（保険適用分で上記以外の治療費） <u>領収金額</u> 円		
	☐ 保険適用外の治療 <u>領収金額</u> 円		

注釈は裏面へ

(※1)治療期間については、生殖補助医療の場合、「1回の治療」ごとに、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。

(※2)保険が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術(TESE)等、顕微授精につながる、保険が適用される男性不妊治療を実施した場合に、その医療費(自己負担額)を記載してください。

(注1)生殖補助医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、または、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。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、生殖補助医療ではなく「その他の治療」欄に記入してください。
- ※ 保険が適用されない生殖補助医療は、「その他の治療」欄に記入してください。

(注2)この場合の男性不妊治療とは、保険が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術(TESE)等、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術をしたものです。