様式第２号（第６条関係）

浦幌町生殖補助医療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり生殖補助医療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る

医療（調剤）費の自己負担額を徴収したことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

浦　幌　町　長　　様

医療機関又は薬局の名称

及び所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

医療機関記入欄（※裏面の注意事項をご確認の上ご記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 |  | 妻 |  |
| 受診者生年月日 | 年　　月　　日（　　歳） | 年　　月　　日（　　歳） |
| 今回の治療期間  （※注１） | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日　　通院回数合計　　　回 | | | |
| 今回の治療方法 | A　　B　　C　　D　　E　　F  該当する記号（注意事項１参照）に〇をつけてください。 | | | AまたはBの場合   1. 体外受精　２．顕微授精   ※該当する番号に〇をつけてください。 |
| 男性不妊治療（行った手術療法を記載して下さい。） | | | （精子回収の有無）  １．有　　２．無 |
| 医師が必要として実施した先進医療等（該当する技術名に〇をつけてください。）  ・PICSI　・タイムラプス　・子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE）　・SEET法　・IMSI  ・子宮内膜受容能検査(ERA）　・子宮内膜スクラッチ　　・PGT　・反復着床不全に対する投薬  ・その他（名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ・院外処方の有無（□有・□無）  ・高額療養費限度額適用認定証の有無（□有・□無）  ・高額療養費該当の有無（□有・□無） | | | | |
| 領収金額 | 生殖補助医療費（保険適用)  ※男性不妊治療費を除く | | | 円 |
| 生殖補助医療費（保険適用外) | | | 円 |
| 男性不妊治療費 | | | 円 |
| 合　　計 | | | 円 |

注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を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の終了日までを記載して下さい。

２　□は、該当項目をチェックして下さい。

３　院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から自己負担額を加算して下さい。

注意事項１　補助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　授精できず、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の対象となります。

注意事項２　採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。