

大津町不妊治療費(特定不妊治療・先進医療)助成事業受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 所在地

名称

主治医氏名

印

下記の者について、次のとおり保険適用となる特定不妊治療及び保険診療で実施した特定不妊治療と併せて行った先進医療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を徴収したことを証明します。

受診者	夫	ふりがな					妻	ふりがな				
		氏名						氏名				
		生年月日	年	月	日	生年月日		年	月	日		
		住所						住所				
今回の治療期間		年 月 日				～	年 月 日					
治療方法 (治療ステージ内容)		A B C D E F AまたはBの場合 (体外受精・顕微授精) 男性不妊実施の有無 1. あり(採精あり 採精なし) 2. なし 男性不妊治療を行った場合、行った手術療法 [ ]										
保険適用について		該当する番号に○をつけ、( )内を記載してください。 1. あり(第__子にかかる治療、保険適用__回目) 2. なし ※保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢( )歳										
保険適用となる <b>特定不妊治療</b>						保険適用の特定不妊治療と併用実施した <b>先進医療</b>						
自己負担額の内訳	診療月	保険診療分負担額				(該当に☑)						
		医療機関徴収分		院外薬局徴収分 【※町記載欄】		<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、届出を行い承認されている医療機関です。 実施した先進医療(該当に☑) 実施日 金額						
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> PICS	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> タイムラプス	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> EMMA/ALICE	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> SEET法	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> ERA	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> ERPeak	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> IMSI	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与	年 月 日	円					
	年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> PGT-A	年 月 日	円					
年 月分	円	円	円	<input type="checkbox"/> その他[ ]	年 月 日	円						
小計		① 円	② 円	(A) 領収金額(先進医療技術の費用の合計)			円					

【※町記載欄】

【※町記載欄】

(①+②) 特定不妊治療 助成額	円	((A)の7割) 先進医療 助成額	円
---------------------	---	----------------------	---

助成回数超過のため、特定不妊治療分は助成なし

【備考】

- \* 治療期間については、採卵準備また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、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男性不妊治療の終了日までを記載してください。
- \* 保険適用となる特定不妊治療、および保険適用の治療と併せて実施した先進医療(先進医療として厚生労働省より告示されたもの)を助成の対象としています。入院時の差額ベッド代、文書代および時間外対応加算など、治療に直接関係ない費用は含めないでください。新しく告示された先進医療を実施する場合は、その他〔 〕欄へ記入してください。
- \* 同じ先進医療技術を複数回実施している場合は、実施日と金額をそれぞれ記載してください。枠外に記載しても構いません。

(参考)特定不妊治療にかかる治療区分は以下のとおり

<b>A</b>	新鮮胚移植を実施
<b>B</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)
<b>C</b>	以前に凍結した胚による胚移植を実施
<b>D</b>	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
<b>E</b>	受精できず、又は、胚の分割停止、編成、多精子授精などの異常授精等による中止
<b>F</b>	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
<b>男性不妊</b>	体外受精、顕微授精のための精子採取手術

(参考)先進医療として告示されている不妊治療関連の技術

	申請技術名	先進医療技術名
1	PICSI	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術
2	タイムラプス	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
3	EMMA/ALICE	子宮内細菌叢検査1
4	子宮内フローラ検査	子宮内細菌叢検査2
5	SEET法	子宮内膜刺激術
6	ERA	子宮内膜受容能検査1
7	ERPeak	子宮内膜受容能検査2
8	子宮内膜スクラッチ	子宮内膜擦過術
9	IMSI	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術
10	二段階胚移植法	二段階胚移植術
11	マイクロ流体技術を用いた精子選別	膜構造を用いた生理学的精子選択術
12	タクロリムス投与	タクロリムス投与療法
13	PGT-A	着床前胚異数性検査