

大分県不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

下記の者については、保険診療で実施した体外受精や顕微授精などの生殖補助医療と併せて行った、先進医療に要する医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（太枠は主治医が記入すること） ※（注）については裏面を参照

受 診 者	ふりがな	夫				妻				
	氏名									
	生年月日		年	月	日		年	月	日	
今回の治療期間 （注1）		男性不妊治療		年	月	日	～	年	月	日
今回の治療 （該当する記号 等に○を付して ください。） （注2）		A B C D E F			AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精					
保険適用に ついて（注3）		該当する番号に○をつけ、（ ）内を記載してください。 1. 有（第____子にかかる治療、保険適用____回目） 2. 無 ※保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢（ ）歳								
実施した先進医 療の内容 （注4）		（該当に☑） <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。								
					実施日			金額		
		<input type="checkbox"/> P I C S I	年	月	日	円				
		<input type="checkbox"/> タイムラプス	年	月	日	円				
		<input type="checkbox"/> S E E T法	年	月	日	円				
		<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ	年	月	日	円				
		<input type="checkbox"/> I M S I	年	月	日	円				
		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年	月	日	円				
		<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALLICE）	年	月	日	円				
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	年	月	日	円						
<input type="checkbox"/> その他〔 〕	年	月	日	円						
<input type="checkbox"/> 先進医療を除き、治療の全てを保険適用の範囲内で実施したことに相違ありません。 （該当に☑） 徴収金額（先進医療技術の費用の合計） 円 （注5）										

(裏)

(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男性不妊治療の終了日までを記載してください。

(注2) 治療区分は以下のとおり

- 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、編成、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3) 保険適用の治療と併せて実施した先進医療費を助成の対象としており、一連の治療の中で保険適用外の治療を実施している場合、助成対象外となります。

(注4) 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。

(注5) 領収金額は患者が窓口で支払った治療費のうち、先進医療技術のみの費用合計を記入してください。