

潮来市不妊治療費助成金医療機関受診等証明書

年 月 日

潮来市長

様

医療機関所在地  
名 称  
主治医氏名

次のとおり、保険診療の生殖補助医療又はこれと併用して先進医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
生年月日・年齢		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
治療期間※1	年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無	有 ・ 無			
治療ステージ	A・B・C・D・E・F ※治療ステージの詳細は、 <u>下表</u> を参照			
併用した先進医療	<input type="checkbox"/> PICS <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> その他( )			
保険診療について	今回の生殖補助医療は保険診療ですか <input type="checkbox"/> はい →右記の治療回数を記入 <input type="checkbox"/> いいえ →助成対象外です。		保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目	
領収金額	今回の治療に係る領収金額合計※2 円		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 円	

※1 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。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

体外受精・顕微授精の治療ステージ及び助成対象

治療ステージ	治療内容	採卵まで		採卵 (夫)	受精(前培養・媒精) (顕微授精)・培養	胚移植				妊娠の確認 (胚移植のおおむね2週間後)
		薬品投与(注射) (自然周期で行う場合を含む) (自然周期で行う場合を含む)	薬品投与(点鼻薬) (自然周期で行う場合を含む)			新鮮胚移植		凍結胚移植		
						胚移植	黄体期補充療法	胚移植	黄体期補充療法	
A	新鮮胚移植を実施									
B	凍結胚移植を実施									
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施									
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、多精子授精などの異常授精等により中止									
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									
G	卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止									(助成対象外)
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止									(助成対象外)

注)採卵に至らないケース(上表 G・H)は、助成対象となりません。