

天童市不妊治療費助成事業受診等証明書  
（生殖補助医療・男性不妊治療・先進医療）

下記の者については、生殖補助医療等以外の治療法によっては妊娠の見込みがなく、又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療等を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関名

所在地

主治医氏名

印

記

医療機関記入欄（裏面をご確認いただき、主治医が御記入ください。）

受診者	(ふりがな) 氏名	夫	( )		妻	( )	
	生年月日 今回の治療開始時の年齢※1		年 月 日生 ( 歳)	年 月 日生 ( 歳)			
治療状況	今回の治療期間※2	年 月 日 ~ 年 月 日					
	治療内容	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 先進医療					
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	今回の治療方法 (○をつけてください) 裏面注1参照	A・B・C・D・E・F	男性不妊治療を行った場合手術内容 [ ( ) ] 手術日 年 月 日 精子回収 ( 有・無 )				
実施した先進医療 (該当する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> P I C S I <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/A L I C E) <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> S E E T法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (E R A) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査 (E R P e a k) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> I M S I <input type="checkbox"/> その他 ( )						
本人負担額の内訳	今回の治療期間の医療機関徴収分						
		保険診療かつ生殖補助医療に係るものの金額 (男性不妊治療分を除く。)		男性不妊治療に係るものの金額		先進医療に係るものの金額	
	区分	診療点数	本人負担額	診療点数	本人負担額		
	年 月分	点	円	点	円	円	
	年 月分	点	円	点	円	円	
	年 月分	点	円	点	円	円	
	年 月分	点	円	点	円	円	
	年 月分	点	円	点	円	円	
合計		円		円	円		

※1 年齢は、「今回の治療開始期間」欄に記載する始期の時点における年齢を記載してください。

※2 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。

(注1) 助成対象となる治療は、次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施するもの
  - B 凍結胚移植を実施するもの（採卵・受精後、1～3周期程度の間隔を空けて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合）
  - C 以前に凍結した胚による胚移植を実施するもの
  - D 体調不良等により移植のめどが立たず治療を終了するもの
  - E 受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常授精等により治療を中止するもの
  - F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため治療を中止するもの
- ※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。

**【助成対象】**

- ・ 保険診療の対象となる生殖補助医療
- ・ 保険診療の対象となる生殖補助医療と併せて実施された先進医療
- ・ 治療に直接関係のない費用（文書料、個室料、食事療養費等）は対象外

**【治療内容】**

- ・ 採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から、治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。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治療終了日までを記載してください。