

明石市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療を実施し、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。

医療機関名

医療機関の所在

主治医氏名

印

(自署または記名押印)

<医療機関記入欄：主治医が記入すること>

ふりがな					
受診者氏名	夫		妻		
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	1 体外受精 2 顕微授精 該当する番号に○を付けてください。		区分 (※1)	A B C D E F 該当する記号に○を付けてください。	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術法を記載してください。 [] 実施医療機関名 []			精子回収の有無 有・無	
今回の治療期間 (※2)	年 月 日 ~ 年 月 日			今回の治療による 妊娠の有無 有・無・不明	
領収年月日 及び 領収金額 (※3)	年 月 日 ~ 年 月 日 (4月から12月までに受診した実際の治療期間を記入してください。)				
	保険診療		合計		
	円				
	保険外診療 (自由診療)		円		
円					
保険外診療 (年齢・回数超)		円			
円					
男性不妊治療 (※4)		円			
円					

※1 治療の区分については、裏面を参照してください。

※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特定不妊治療の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特定不妊治療の終了日までを記載してください。

※3 今回の治療期間における領収金額を記載してください。

※4 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合を含む。）で男性不妊治療を行った場合は、患者から当該男性不妊治療に係る領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

体外受精・顕微授精の治療ステージと助成と助成対象範囲

治療内容	排卵まで				採精（夫）	胚移植						助成対象範囲 （胚移植のおおむね2週間後）	
	（自然周期で 薬品投与（点鼻薬） を行う場合もあり）	（自然周期で 薬品投与（注射） を行う場合もあり）	採卵	（前培養・媒精（顕微授精）・培養） 受精		新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
						胚移植	黄体期補充療法		（自然周期で行う場合もあり） 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2～5日	1日	10日		7～10日	1日	10日	1日	
A	新鮮胚移植を実施												助成対象
B	凍結胚移植を実施 ※1												
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 ※2												
E	受精できず、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												対象外
H	採卵準備中、体調不良等により治療中止												

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対象となります。

※1 B：採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行なうとの主治医の治療方針に基づく治療を行った場合。

※2 D：「患者の体調悪化により胚移植はもはやできない」と主治医が診断した場合に限ることを原則とします。主治医の治療方針が「数周期の間をあけて患者の体調回復を待ち、胚移植を実施する」という方針の場合は、治療継続中とみなしBに当たります。