

幕別町特定不妊治療費用助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療（調剤の処方を含む）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称及び所在地

代表者氏名

印

<医療機関記入欄>

受診者氏名	夫				妻				
受診者生年月日		年	月	日（歳）		年	月	日（歳）	
貴医療機関における治療開始年月日					年 月 日				
今回の治療期間		年 月 日 ~			年 月 日				
治療内容	生殖補助医療（該当する記号に○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（行った手術療法を記載してください。）								
	当該受診者が、今回行った特定不妊治療の内容について記入してください。 先進医療（上記治療に伴い厚生労働省にて先進医療として告示された技術） ※該当するものに☑してください <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別 <input type="checkbox"/> 反復着床不全に対する投薬（タクロリムス） <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）								
・院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 ・高額療養費限度額適用認定証の適用区分（ <input type="checkbox"/> ア、 <input type="checkbox"/> イ、 <input type="checkbox"/> ウ、 <input type="checkbox"/> エ、 <input type="checkbox"/> オ） 適用区分の確認書類 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> マイナンバーカード、 <input type="checkbox"/> 限度額適用認定証） <input type="checkbox"/> 無									
自己負担額の内訳									
	診療年月	保険診療の 自己負担額	院外処方分	高額療養費 の有無	先進医療				
生殖補助医療費 （男性不妊治療費 を除く）	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
男性不妊治療費	年 月	円	円	<input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無	円				
自己負担額（一治療分）	生殖補助医療費（医療保険適用分）					円			
	生殖補助医療費（先進医療）					円			
	男性不妊治療費（医療保険適用分）					円			

【裏面あり】

- 1 当該患者に関して行った保険診療による生殖補助医療、男性不妊治療、併せて行った先進医療に係るもののみご記入ください。
- 2 □は、該当項目をチェックしてください。
- 3 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付金は含めないでください。

(注1)

生殖補助医療の内容

- 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
- 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、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
- 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