

様式第3号（第6条関係）

不妊治療受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を次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

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

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 (該当する項目に○を付けて下さい。)	生殖補助医療 (保険適用)	A B C D E F	(注)を参照し、○を付けてください。	
	生殖補助医療 (保険適用外)	A B C D E F	(注)を参照し、○を付けてください。	
	先進医療 (保険適用外)	実施内容を裏面にご記載ください。		
男性不妊治療	生殖補助医療の過程で精子を採取する手術		有 ・ 無	
妊娠の有無	有 ・ 無		院外処方の有無	有 ・ 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日 (妊娠確認又は治療を中止した日)			
領収金額	[今回の生殖補助医療 (対象となる男性不妊治療含む。)にかかった金額]			
	医療費 (保険適用分)		領収金額 円	
	医療費 (保険適用外分※先進医療分を除く)		領収金額 円	
	[今回の先進医療にかかった合計金額※保険適用外 裏面に詳細記入願います]			
	先進医療費	領収金額 円		
	合計			円

※1 治療期間については、治療計画、排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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※2 助成対象となる治療は次のいずれにも相当するものです。食事療養標準負担額、個室使用料及び文書料は含みません。

(1) 生殖補助医療及び保険適用となった生殖補助医療に併用が認められた先進医療であるもの（混合診療ではない。）

(2) 患者が希望し医療機関の説明内容を十分に納得した上で、同意書に署名し受けた先進医療であるもの

(注) 助成対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです。

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 授精できず、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（採卵に至らないケースは助成対象外）

男性不妊治療 生殖補助医療の過程で精子を採取する手術

医療機関記入欄

上記治療期間中に実施した先進医療		
医療技術名	実施日※	領収金額
子宮内膜刺激術（SEET法）	年 月 日	円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	年 月 日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査1（ERA）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査2（ERPeak）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）	年 月 日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	年 月 日	円
二段階胚移植術	年 月 日	円
タクロリムス投与療法	年 月 日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円
着床前胚異数性検査1	年 月 日	円
着床前胚異数性検査2	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として承認されている。 <input type="checkbox"/> 上記の先進医療について、保険適用となる体外受精又は顕微授精と併用して実施した。		

※実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。