

特定不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

苫前町長 宛

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

下記の者については、特定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、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徴収したことを証明します。

記

受診者氏名								
受診者生年月日	夫	昭和 平成	年	月	日	(歳)	妻 昭和 平成	
今回の治療方法	A B C D E F			A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 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、行った手術療法を記載してください						(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
	医師が必要として実施した先進医療等(該当する箇所に○を付けてください) ・タイムラプス ・子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) ・子宮内膜受容能検査(ERA) ・P I C S I ・S E E T法 ・I M S I ・子宮内膜スクラッチ ・子宮内フローラ検査 ・子宮内膜受容期検査(ERPeak) ・二段階胚移植法 ・その他(名称:)							
今回の治療期間 (注1)	年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認又は治療を中止した日)							
個別調査票 登録の有無	無 ・ 有 → 症例登録番号 ※公益社団法人日本産科婦人科学会 UMIN システム上の個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。							
領収金額	(今回の特定不妊治療にかかった金額に限ります。) (領収書の期間) 年 月 日～ 年 月 日 特定不妊治療費 領収金額 円 (男性不妊治療を除く) 先進医療治療費 領収金額 円 男性不妊治療費(注2) 領収金額 円							

(注1) 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。ただし、主治医の治療方針に基づき、排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終了日までを記載してください。

(注2) 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(北海道から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、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出をうけ、主治医が領収金額を記載してください。

注意事項1 助成対象となる費用は、次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空けた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合。O H S S(卵巣過剰刺激症候群)等を含む。)
- 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、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

注意事項2 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。