

西予市不妊治療費（先進医療）受診等証明書

西予市長 様

年 月 日

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、併せて先進医療を実施した医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関所在地

医療機関名称

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

各項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関である。

今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

(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)
今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療方法（裏面※1参照）	A B C D E F (該当する記号に○をつけてください)	A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)
今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療期間※2	年 月 日 ~ 年 月 日 上記治療開始時の妻の年齢 () 歳	
実施した先進医療※3 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査 (ERPeak)
	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)	<input type="checkbox"/> ()
	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	<input type="checkbox"/> ()
先進医療を実施した日		金額
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
年 月 日		円
金額合計		① 円
領収金額	〔先進医療にかかった金額合計〕 領収金額 _____ 円 ※①の金額と一致すること	

※1) 治療ステージ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 間隔をあ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） |
| C | 以前に凍結した胚による胚移植を実施 |
| D | 体調不良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
※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、又は状態の良い精子が得られないため
治療を中止した場合も含む |

※2) 治療開始は、原則、主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日、治療終了は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した日

※3) 今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療期間中に実施したものが対象