

宇和島市長 様

医療機関の名称

証明の内容について、問い合わせをさせていただくことがあります。

所在地

主治医氏名

※主治医が自署または記名押印

主治医記入欄

先進医療を実施した場合は、必ず該当するものにチェックを記入してください。

がないか又は極めて

先進医療を行う場合は、各項目について確認し、間違いがなければ、してください。

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。

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。

	夫						妻			
フリガナ										
受診者氏名	裏面の記載要領を確認し、相当するものに丸をつけてください。									
受診者生年月日	昭和 平成						月	日		
今回の生殖補助医療の治療方法 (裏面※1参照)	A	B	C	D	E	F	A又はBの場合 1.体外受精 2.顕微受精 (該当する番号に○をつけてください)			
今回の治療期間 (※2)	年 月 日 ~			年 月 日まで						
実施した 先進医療(※3) (実施した治療・技術の すべてに☑)	<input type="checkbox"/>	R5.4.1以降に開始した治療が本事業の助成対象です。						実施日:	月	日
	<input type="checkbox"/>							実施開始日:	月	日
	<input type="checkbox"/>	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)						実施日:	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜擦過術						実施日:	月	日
	<input type="checkbox"/>	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)						実施日:	月	日
	<input type="checkbox"/>	二段階胚移植術						実施日:	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査(ERPeak)						実施日:	月	日
<input type="checkbox"/>	子宮内フローラ検査						実施日:	月	日	
<input type="checkbox"/>	実施日が複数ある場合は、余白などに記入してください。						実施日:	月	日	
<input type="checkbox"/>	( )						実施日:	月	日	
<input type="checkbox"/>	( )						実施日:	月	日	
<input type="checkbox"/>	( )						実施日:	月	日	

【助成対象】 治療期間の初日が令和5年4月1日以降のものに限ります。

◆投薬のみで採卵前に治療を中止した場合や、受診者夫婦以外の第三者からの精子・卵子、又は胚の提供による治療、代理母、借り腹は助成対象外です。

裏面の記入もお願いします。  
※記載要領及び注意事項も裏面に掲載しています。

必ずお読みください

【記載要領】

※1 治療ステージは次のいずれかに相当するもの

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から胚凍結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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も含む)

※2 治療開始とは、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、治療終了とは、妊娠判定日又は治療を中止した日

※3 今回の生殖補助医療の治療期間中に実施したものが助成対象

【注意事項】

- ①令和5年4月1日以降に開始した治療について記入してください。
- ②当該生殖補助医療の治療計画の前に行った不妊検査、一般不妊治療、全額自費実施した治療に係る費用は対象外ですので、記載しないでください。
- ③入院時食事療養費、差額ベッド代など、直接検査・治療に関係のない費用は対象外のため、記載しないでください。

医療機関証明欄

先進医療を実施した年		領収金額(領収金額)	
年			
年			
年			
年	月 日	円	今回の生殖補助医療にかかった 保険診療分の総治療費
年	月 日	円	
合 計		円	円

領収金額の記入もお願いします。  
①各先進医療に対する患者負担額  
②今回の治療期間において、①以外の生殖補助医療に対する患者負担額の合計

上記のとおり領収したことを証明します。