

様式第3号（第4条関係）

宇和島市妊活支援事業助成金受診等証明書（生殖補助医療費）

年 月 日

宇和島市長 様

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

主治医記入欄

下記の者については、体外受精及び顕微授精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、当該不妊治療を実施したことを証明します。

先進医療を行った場合は、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																																						
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日	昭和 平成 年 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 (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☑)	<table><tbody><tr><td>☐ 子宮内膜刺激術(SEET 法)</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td><td>実施開始日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ 子宮内膜擦過術</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ 二段階胚移植術</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ 子宮内膜受容能検査(ERPeak)</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ 子宮内フローラ検査</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法</td><td>実施開始日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ ()</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ ()</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr><tr><td>☐ ()</td><td>実施日:</td><td>月 日</td></tr></tbody></table>		☐ 子宮内膜刺激術(SEET 法)	実施日:	月 日	☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日:	月 日	☐ 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	☐ 子宮内膜擦過術	実施日:	月 日	☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	実施日:	月 日	☐ 二段階胚移植術	実施日:	月 日	☐ 子宮内膜受容能検査(ERPeak)	実施日:	月 日	☐ 子宮内フローラ検査	実施日:	月 日	☐ 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	実施開始日:	月 日	☐ ()	実施日:	月 日	☐ ()	実施日:	月 日	☐ ()	実施日:	月 日
☐ 子宮内膜刺激術(SEET 法)	実施日:	月 日																																				
☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日:	月 日																																				
☐ 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																																				
☐ 子宮内膜擦過術	実施日:	月 日																																				
☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	実施日:	月 日																																				
☐ 二段階胚移植術	実施日:	月 日																																				
☐ 子宮内膜受容能検査(ERPeak)	実施日:	月 日																																				
☐ 子宮内フローラ検査	実施日:	月 日																																				
☐ 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	実施開始日:	月 日																																				
☐ ()	実施日:	月 日																																				
☐ ()	実施日:	月 日																																				
☐ ()	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。

【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

患者負担額(領収金額)		
先進医療を実施した日	先進医療にかかった金額	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	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
年 月 日	円	
合 計	円	円

上記のとおり領収したことを証明します。