

石狩市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
兼 石狩市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書

年 月 日

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、特定不妊治療及び先進不妊治療を実施し、これらに係る医療費等を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(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)
今回の治療対象・回数		第 ____ 子 (ABCの治療時のみ) 胚移植術 ____ 回目			
特定不妊治療に係る部分	今回の治療方法	A B C D E F 〔裏面の「別表1」に示す区分によって、あてはまるものに○をつけてください。〕			
	今回の治療期間 「特定」(注1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
	領収金額	〔今回の治療にかかった保険診療の自己負担額(注2)〕 特定不妊治療費(男性不妊治療を除く。) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費(注3) 領収金額 _____ 円 本受診等証明書の発行手数料 領収金額 _____ 円			
	限度額適用の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	院外処方の有無(注4)		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
先進不妊治療に係る部分	<input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> タイムラプス法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> EMMA/ALICE <input type="checkbox"/> 二段階胚移植 <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ <input type="checkbox"/> ERpeak <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> Zymot <input type="checkbox"/> タクロリムス投与 <input type="checkbox"/> 胚異数性検査 <input type="checkbox"/> その他 ※裏面の「別表2」を参照				治療費合計 (保険外診療に限る。) _____ 円
	今回の治療期間 「先進」(注1)	年 月 日 ~ 年 月 日			
	治療期間内の 通院日数	通院日数 _____ 日 ※交通費助成を希望する場合のみ必要			

別記第3号様式（裏面）

（注1）「治療期間」については、次の通りとなります。

【特定不妊治療に係るもの】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（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）から治療終了日まで

【先進不妊治療に係るもの】治療計画を作成した日から妊娠確認日まで

（注2）限度額適用認定証の提示があった場合は、適用後の自己負担額を記載してください。

（注3）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受け、主治医が領収金額を記載してください。

（注4）院外処方の有無が「有」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要となります。

別表1【特定不妊治療】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（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

※男性不妊治療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）を実施した場合（Cの場合を除く。）又は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、若しく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助成の対象となり、別途計上できます。

※採卵に至らない場合（女性への侵襲的治療のないもの）は、助成対象となりません。

別表2【先進不妊治療】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（保険外診療に限る。）。

- ・子宮内膜刺激術（SEET法）
- ・タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
- ・子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）
- ・ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）
- ・子宮内膜受容能検査1（ERA）
- ・子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）
- ・二段階胚移植術
- ・子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ）
- ・子宮内膜受容能検査2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）
- ・強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）
- ・膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）
- ・タクロリムス投与療法
- ・着床前胚異数性検査

※治療方法については、厚生労働省により先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。この表にない治療でも、厚生労働省ホームページ上で治療・医療機関ともに認可されたことが確認できる場合は該当となりますので、治療名を記載の上合計金額に計上し、認可されている旨をご本人様にお伝えください。