**安芸太田町特定不妊治療費等助成申請に係る証明書**

次の者は、生殖補助医療（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　　月　　　日

　　 （医療機関）

住所

医療機関名

代表者名　　　　　　　　　　　　　　㊞

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （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） |
| 今回の治療期間 | 令和　　　年　　　月　　　日　　　～　　　令和　　　年　　　月　　　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特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間に記載してください |
| 今回の治療内容　（該当する番号及び記号に〇又は☑をつけてください） |
| 治療内容１　　先進医療（審議中の技術を含む）。治療内容２　　本来保険適用となる生殖補助医療。男性不妊治療を含む。治療内容３　　保険適用となる生殖補助医療。男性不妊治療を含む。 |
| 治療内容が生殖補助医療の場合：該当する治療ステージ記号　A　・　B　・　C　・　D　・　E　・　F　・　M |
| 実施した医療技術 | □子宮内膜刺激術（SEET法）  | □着床前胚異数性検査（PGT-A）  |
| □タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養  | □子宮内フローラ検査  |
| □ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）  | □不妊症患者に対するタクロリムス投与療法  |
| □子宮内膜擦過術  | □子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）  |
| □子宮内細菌叢検査（EMMA，ALICE）  | □膜構造を用いた生理学的精子選択術  |
| □子宮内膜受容能検査（ERA）  | □（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  |
| □強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）  | □（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  |
| □二段階胚移植法  | □（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ）  |
| 医療費及び本人負担額**※文書料を含む** |  | 医療費の総額　※１ | 本人負担額（領収金額） |
| 治療内容１ | 円 | 円 |
| 治療内容２ | 円 | 円 |
| 治療内容３ | 円 | 円 |
| 別医療機関領収分 | （医療機関名　　　　　　　）が領収円 | 円 |
| 合計 | 円 | 円 |
| 助成対象医療 | 領 収 年 月 日　　令和 　　年　 　月　 　日　 　～ 　　令和　 　年　 　月 　　日 |

※１　食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

|  |
| --- |
| ※１ 助成対象となる生殖補助医療は、次のいずれかに該当するものです。なお、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。 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、または、胚の分割停止、変性、多精子授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 М：男性不妊治療（特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術）なお、採卵準備前に男性不妊治療を行なったが、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対象になります。 ※２ 主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書等の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。 |

【参考】体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

