

大江町不妊治療費助成事業申請用証明書

年 月 日

医療機関(又は薬局)の名称及び所在地

主治医(又は薬剤師)氏名

㊦

下記の者について、生殖補助医療（生殖補助医療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療を含む）を実施し、これに係る医療費の本人負担額を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

ふりがな 受診者氏名	(性別： 男 ・ 女)			
受診者生年月日	年 月 日 (歳)			
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 ※採卵準備又は凍結胚移植、精巣内精子採取術を行うための投薬開始等治療を行った日から治療終了日までを記載してください			
今回の治療内容 ※裏面(注1)をご確認ください	区分 ※該当するものに○をつけてください。	該当する場合のみ記入 ※該当するものに○をつけてください。		
	A・B・C・D・E・F	1, 体外受精 2, 顕微授精 ※A・Bの場合のみ		
	I	精子回収の有無：有・無		
実施した 先進医療 ※当てはまるものに ☑してください	併用した先進医療 ☐ 有 ☐ 無 ☐P I C S I ☐タイムラプス ☐子宮内細菌叢検査 (EMMA/A L I C E) ☐子宮内フローラ検査 ☐S E E T 法 ☐子宮内膜受容能検査 (E R A) ☐子宮内膜スクラッチ ☐I M S I ☐二段階胚移植法 ☐マイクロ流体技術を用いた精子選別 ☐子宮内膜受容器検査 (ERPeak) ☐タクロリムス投与療法 ☐着床前胚異数性検査 ☐その他 ()			
妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性 ※胚移植術を実施した場合のみ○をつけてください			
院外処方の有無	有り ・ 無し ※○をつけてください			
本人負担額の内訳	今回の治療期間の医療機関(又は薬局)徴収分			
	年月	生殖補助医療に係るもののみ記入		先進医療に係るものの金額
		医療(又は調剤)費総額	本人負担額	
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	合 計	円	① 円	② 円
領収金額 (①+② 上記本人負担額の合計)				円
薬局のみご記入ください 処方依頼のあった医療機関名 _____				

(注 1)

治療区分

区分	治療内容
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
I	男性不妊治療（精巣内精子採取術）

※採卵に至らないケース（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。

[illegible]