

受給者番号	
-------	--

犬山市特定不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

当医療機関は先進医療を実施する保険医療機関として承認されている医療機関であり、下記の受診者について、先進医療告示において規定された適用症に該当し、かつ、保険診療の生殖補助医療を実施しており、以下のとおり診療費用を徴収したことを証明します。

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

【医療機関記入欄（※主治医がご記入ください）】

(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)
今回の治療方法 ※裏面の治療区分を参照	(該当項目に○) A B C D E F 男性			
	(該当項目に○) 1. 体外受精 2. 顕微授精 ※上記項目のA又はBに該当した場合			
保険診療と併用して先進医療を実施した場合は、今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。 ※(1)～(11)までの他に新しく告示された治療・技術を実施した場合は(12)に記入。				
	先進医療治療・技術		実施日	領収金額
(1)	□子宮内膜刺激術(SEET法)		年 月 日	円
(2)	□タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 】回(2回目以降の実施日・領収金額:)		年 月 日	円
(3)	□子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)		年 月 日	円
(4)	□ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 【 】回(2回目以降の実施日・領収金額:)		年 月 日	円
(5)	□子宮内膜受容能検査 1(ERA) 2(ERPeaK)		年 月 日	円
(6)	□子宮内細菌叢検査 1(EMMA、ALICE)		年 月 日	円
(7)	□強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術(IMSI) 【 】回(2回目以降の実施日・領収金額:)		年 月 日	円
(8)	□二段階胚移植術		年 月 日	円
(9)	□子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)		年 月 日	円
(10)	□膜構造を用いた生理学的精子選択術		年 月 日	円
(11)	□着床前胚異数性検査(PGT-A)		年 月 日	円
(12)	□		年 月 日	円
※TRIO検査を実施した場合は、(5)、(6)の両方に☑を入れてください。 ※(2)、(4)、(7)については、複数回実施した場合【 】に合計件数を記入し、()に2回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
治療月	保険診療分	先進医療分	薬局徴収分院外処方 □無 ・ □有	高額療養費等 ※事務局記入
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円
合 計	円	円	円	円

注) 先進医療について、令和8年4月1日以降に実施した分を記入してください。
注) 裏面の注意事項も必ずご確認ください。

- ※ 治療期間については、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から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療のみを行った場合は、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記載してください。
- ※ 院外処方がある場合は、薬局の領収書から自己負担額を転記してください。

治療区分

(注) 助成対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。

- 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、又は受精に適した精子が得られないため治療を終了した場合も対象になります。
- 男性：生殖補助医療に付随する検査から「精巣内精子採取術」などの精子を採取するための手術を経て精子凍結に至る一連の治療

(注) 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。