

## 本別町特定不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療（又はその調剤の処方）を実施し、これに係る医療（調剤）費自己負担額を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の名称  
及び所在地  
代表者氏名

印

## 医療機関記入欄

受診者氏名	夫	妻
受診者生年月日	年 月 日生（ 歳）	年 月 日生（ 歳）
今回の治療内容	該当する記号（注意事項1参照）に○をつけてください。 生殖補助医療 A B C D E F	該当する番号に○をつけてください。 A または B の場合 1. 体外受精 2. 顕微授精
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください	精子の回収 1. 有 2. 無
	医師が必要として実施した先進医療等（該当する記号に○をつけてください。） ・タイムラプス ・子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） ・PICSI ・IMSI ・SEET 法 ・反復着床不全に対する投薬 ・PGT ・その他（名称： ）	
今回の治療期間(注1)	年 月 日～ 年 月 日	
・院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） ・高額療養費限度額適用認定証の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無） ア・イ・ウ・エ・オ ・高額療養費該当の有無（ <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無）		
自己負担額の内訳	生殖補助医療（保険適用）	円
	生殖補助医療（保険適用外）	円
	男性不妊治療	円
	院外処方負担分 ※町記載	円

注1 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。

2 は、該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から町が自己負担額を記載します。

4 文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。

(裏面あり)

注意事項1 補助対象となるの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
- 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 授精できず、または胚の分割停止、変性、他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、又は状態の良い卵が得られないため中止

注意事項2 排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。