

小田原市不妊症治療費(先進医療分)助成事業受診等証明書

年 月 日

小田原市長

先進医療について、医療保険適用の不妊治療と併用して実施し、これにかかる医療費を徴収したことを以下のとおり証明します。

また、当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。

医療機関の名称  
所在地  
医師名

医師記入欄(必ず医師が記入してください)

受診者		ふりがな 氏名	生年月日(治療開始時点の年齢)	
	男性		年 月 日( 歳)	
	女性		年 月 日( 歳)	
今回の治療期間 (保険診療)		年 月 日 (※ 治療計画の日) ~ 年 月 日		
【今回の治療方法】 助成対象となる治療は A~F のいずれかに相当するものです。 該当するものに○を付けてください。	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) 治療方法がA又はBの場合は、該当する番号に○を付けてください。		1 体外受精	2 顕微授精
		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に中止		
医療保険治療の回数 ※医療保険で治療した回数を胚移植の有無に関わらず記入してください。 ※カッコ内は、胚移植した回数を記入してください。今回の治療で胚移植しなかった場合は「-」を記入してください				
今回	回目(うち胚移植	回目)	初回の治療開始日の女性の年齢	歳
今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 ※新しく告示された治療・技術を実施した場合は、治療名を記入してください。			先進医療 実施(開始)日	金額
	子宮内膜刺激胚移植法(SEET 法)		年 月 日	円
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		年 月 日	円
	子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)		年 月 日	円
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)		年 月 日	円
	子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)		年 月 日	円
	子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)		年 月 日	円
	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)		年 月 日	円
	二段階胚移植法		年 月 日	円
	子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)		年 月 日	円
	タクロリムス投与療法		年 月 日	円
	膜構造を用いた生理学的精子選択術(マイクロ流体技術を用いた精子選別)		年 月 日	円
	着床前胚異数性検査(PGT-A)		年 月 日	円
	その他( )		年 月 日	円
合計①				円
治療費 (領収金額)	今回の特定不妊治療にかかった費用 (医療保険及び先進医療の費用の合計額)			円
	先進医療にかかった費用(①と一致すること)			円

**【記入上の注意】**

- ① 本証明は、治療期間ごとに1枚作成してください。
- ② 治療期間は、医師が治療計画書を作成した日等から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします。
- ③ 一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療予定がない場合は申請可能とします。
- ④ 証明内容について、本人同意のもと職員が問合せをする場合があります。