

新庄市生殖補助医療等回数追加助成事業受診等証明書

下記の者については、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、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

指定医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

電話番号

()

以下の治療内容は、主治医が記入してください。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療方法	1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください (A・Bの場合)		A B C D E F 該当する記号（注1参照）に○を付けてください	
今回の治療期間※1	年 月 日 ~		年 月 日	
妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性 ※治療ステージABCの場合のみ記載			
他院での治療 院外処方 <small>(※該当する場合は○をつけ、記入してください。)</small>	1 治療の一部を協力医療機関へ指示した。協力医療機関名 () 2 院外処方を指示した。			
領収年月日※2	不妊治療費：領収金額 _____ 円 (※診療報酬の算定方法で定められ、かつ、保険外診療で行ったもの)			
<input type="checkbox"/> 上記の者が、生殖補助医療（保険適応）を40歳以上43歳未満で開始し、保険診療における上限回数（3回）に達していることを確認しました。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は、生殖補助医療にかかる保険医療機関である。 <input type="checkbox"/> 今回の治療は保険外診療で実施しました。				

※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。

（注1）助成対象となる方は、生殖補助医療（保険適応）を40歳以上43歳未満で開始し、保険診療における上限回数（3回）の治療を終了したものかつ、治療は次のいずれかに相当し診療報酬の算定方法で定められているものです。

- 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
- （注2）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。