

様式第2号（第5条関係）

陸別町生殖補助医療費等助成金に係る受診等証明書

下記の者については、次のとおり生殖補助医療、生殖補助医療に併用される先進医療を実施し、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。

年 月 日

医療機関又は薬局の名称
及び所在地
代表者氏名

印

医療機関記入欄（※裏面の注意事項をご確認のうえご記入ください。）

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（歳）		年 月 日（歳）
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療期間	年 月 日～		年 月 日	
今回の治療内容 *当該受診者が、今回行った不妊治療の内容について記入してください。	A B C D E F 該当する記号（裏面の注意事項参照）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 該当する番号に○をつけてください	
	【男性不妊治療】 行った手術療法を記載してください		精子回収の有無 1. 有 2. 無	
	【生殖補助医療に併用した先進医療】（該当する技術名に○をつけてください） ・PICSI ・タイムプラス ・子宮内細菌好叢検査 ・SEET法 ・IMSI ・子宮内膜受容能検査 ・子宮内膜スクラッチ ・PGT ・反復着床不全に対する投薬 ・その他（名称： ）			
その他 *該当する項目に☑を入れてください	【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 【高額療養費該当の有無】 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 【所得区分】 <input type="checkbox"/> ア <input type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/> エ <input type="checkbox"/> オ			
自己負担額の 内訳 (一治療分)	生殖補助医療（保険適用分） ※男性不妊治療を除く		円	
	生殖補助医療に併用した先進医療分		円	
	男性不妊治療（保険適用分）		円	
	合 計		円	

（記載上の注意）

- 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生殖補助医療の終了日までを記載してください。
- 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 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

注意事項2 採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。