

高松市こうのとりのり応援事業（生殖補助医療【保険診療】）受診等証明書

次の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療（及びその一環としての男性不妊治療）を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名	夫			妻			
		年 月 日生（ 歳）			年 月 日生（ 歳）		
今回の治療への 保険の適用	保険適用 通算（ ）回目 ←胚移植術の算定回数【1子ごとの(リセット後の)回数】を記入 ・ 保険適用による通算 1 回目 の治療開始時(*)の妻の年齢(歳) (*) 保険適用を受ける初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日を指します。						
【保険診療で実施した治療】 今回の治療期間 ※1	(開始) 年 月 日 ～ (終了) 年 月 日						
	(男性不妊治療分 年 月 日 ～ 年 月 日)						
【保険診療で実施した治療】 今回の治療内容	(実施した生殖補助医療に係る治療で該当するものすべてに✔を付けてください。)						
	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 受精 (<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精) <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結 <input type="checkbox"/> 胚移植術 (<input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植) <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術 (行った手術療法:) (精子回収の有無: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)						
【保険診療で実施した治療】 診療月ごとの 保険診療分 に係る医療費等	診療年月	自己負担額 ※2 (窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 (限度額適用認定証の提示等により確認が取れていない場合は✔を付けてください。)				未確認の場合は✔を付けてください↓
	生殖補助医療(妻の治療)						
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	(妻)保険診療分の合計額		円				
	男性不妊治療(夫の治療)						
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	年 月分	円	適用区分()又は限度額(円)	<input type="checkbox"/> 未確認			
	(夫)保険診療分の合計額		円				
	保険診療と併用して 実施した 先進医療 に係る治療 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 該当する口に✔を付け、「有」の場合は右欄も記入してください。	(保険診療と併用して 先進医療 を実施した場合、実施した先進医療技術名に✔を付けてください。)					
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(いわゆる、内膜スクラッチ法) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(いわゆる、PICSI法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(いわゆる、ERA)法 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(いわゆる、EMMA/ALICE法) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(いわゆる、IMSI法) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> その他 { }							
先進医療にかかった治療金額 (自費診療分) _____ 円 ※2							

◎証明書作成に当たっての説明事項

- ※1 治療期間については、今回の胚移植術に係る生殖補助医療の治療計画を作成した日を開始日とし、当該生殖補助医療の終了日までを記載してください。なお、主治医の治療方針に基づき、治療計画を作成し、採卵準備前に精巣内精子採取術等の男性不妊治療を行った場合も、治療計画を作成した日から当該生殖補助医療の終了日までを記載してください。
- ※2 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外となりますので、証明金額からは除いてください。
- ※3 主治医の治療方針に基づき、主治医の属する医療機関以外の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。