

様式第2号（第6条関係）

山県市特定不妊治療費（男性不妊治療費含む）助成受診等証明書

下記の者については、特定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、特定不妊治療又は特定不妊治療に至る一環として精巣又は精巣上体内から精子採取術（以下「男性不妊治療」）を実施し、これにかかる医療費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

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	ふりがな 受診者氏名	夫	年 月 日生			妻	年 月 日生			
			年	月	日生		年	月	日生	
特定 不妊 治療	今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（※1参照）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				
	今回の経過	妊娠成立（出産予定日 令和 年 月 日）・妊娠不成立								
	今回の治療期間	令和 年 月 日				～ 令和 年 月 日				
	日本産婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※					無			
	領収金額	領収年月日 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 〔今回の治療にかかった金額合計 ※ 保険適用内診療に限る〕 領収金額 _____ 円(※2)								
男性 不妊 治療	実施医療機関の名称及び所在地(※3)									
	今回の治療方法	TESE ・ MESA ・ その他 ( )								
	今回の治療期間(※4)	令和 年 月 日				～ 令和 年 月 日				
	領収金額	領収年月日 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 〔今回の治療にかかった金額合計 ※ 保険適用内診療に限る〕 領収金額 _____ 円(※2)								

※ 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※1 助成対象となる治療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（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）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。

※2 保険診療である特定不妊治療又は男性不妊治療に要した費用を記入してください。（本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせで行う混合診療を認めるものではありません。）

※3 受診等証明書を作成した医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。

※4 治療期間は、男性不妊治療を行うための事前検査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）指定医療機関Aの医師が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、Aの医師の指導に基づき、他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合も含む）において男性不妊治療を行った場合、受診証明書はAの医療機関の主治医が作成してください。

(裏)

山口市特定不妊治療費・男性不妊治療費内訳

区 分	保険適用内の自己負担額	
	医療機関徴収分 (①)	薬局徴収分 (②)
年 月	円	円
月	円	円
月	円	円
月	円	円
月	円	円
月	円	円
(今回の治療にかかった保険適応内金額合計)		
領収金額	円	(上記実費負担額①～②の合計額)

【注意事項】

- 1 当該患者に関して行った人工授精に係るもの（医療保険各法に基づく給付の対象となるもの）のみ、ご記入ください。
- 2 院外処方がある場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分②」～薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 3 医療保険が適用された特定不妊治療に関する金額を記載してください。
- 4 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含めないでください。