別記第２号様式（第６条関係）

みなべ町生殖補助医療先進医療費助成事業受診等証明書

年　　月　　日

医療機関(又は薬局)の名称及び所在地
主治医(又は薬剤師)氏名　　印

下記の者について、公的医療保険が適用される生殖補助医療及び先進医療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を下記のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。薬局の場合は太枠のみご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	（　　）		
受診者生年月日	年　　月　　日（　　歳）		
今回の治療期間※１	年　　月　　日～　　年　　月　　日		
治療内容	□ 採卵から妊娠確認検査 □ 凍結胚移植から妊娠確認検査 □ 胚移植実施前に当該治療を中止 （保険診療（胚移植）回数）今回の治療は（　　）回目の治療です。		
男性不妊治療を行った場合	手術療法名		精子回収の有無
実施した先進医療 ※実施に☑してください	□子宮内膜刺激術(SEET 法) □タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 □子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) □ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） □子宮内膜受容能検査 1、2（ERA、ERPeak） □子宮内細菌叢検査 1(EMMA、ALICE) □強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） □二段階胚移植術 □子宮内細菌叢検査 2(子宮内フローラ) □タクロリムス投与療法 □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) □着床前胚異数性検査（PGT－A） □その他（　　）		
妊娠判定結果	陽性　・　陰性　　※胚移植術を実施した場合のみ○をつけてください		
院外処方の有無	有り　・　無し　　※○をつけてください		

本人負担額の内訳	今回の治療期間の医療機関（又は薬局）徴収分				
		保険診療かつ生殖補助医療に係るもののみ記入			先進医療に係るものの金額
		医療(又は調剤)費総額	高額療養給付額	本人負担額	
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	年　月分	円	円	円	円
	合　計	**円**	**円**	**①　円**	**②　円**
領収金額（①+② 上記本人負担額の合計）※２				**円**	
薬局のみご記入ください　処方依頼のあった医療機関名					

※１　治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植等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。治療方針に基づき、採卵準備前等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治療終了日までを記載してください。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、妊娠確認前に当該治療を中止し、その後新たに治療予定がない場合は助成の対象となります。

※２　次の費用は助成の対象となりません。
・体外受精及び顕微授精を除く不妊治療並びに不育治療（一般不妊治療）に係る費用
・全額自費で実施した不妊治療に係る費用
・食事代、差額ベッド代、文書料等直接治療に関係ない費用
・出産（流産、死産を含む）に係る費用