

南島原市生殖補助医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関等所在地

名称

代表者氏名

(電話番号:)

下記のとおり、生殖補助医療に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

フリガナ 受診者 氏名 (生年月 日)	夫 (年 月 日 歳)	妻 (年 月 日 歳)
今回の 治療内容	該当する記号(注参照)に○を付けて下さい。 A B C D E F ・男性不妊治療の場合 行った手術法を記載してください。 []・精子回収 1.有 2.無	
今回の 治療期間	*1 年 月 日 ~ 年 月 日 (妊娠確認又は治療を中止した日) (男性不妊治療分) 年 月 日 ~ 年 月 日 *1 (胚移植実施日) 年 月 日	
【今回の生殖補助医療にかかった金額について記載して下さい。】 領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 生殖補助医療費 <u>医療費総額</u> 円 <u>本人負担額</u> 円 (男性不妊治療費除く) 男性不妊治療費*2 <u>医療費総額</u> 円 <u>本人負担額</u> 円		
処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

- 生殖補助医療に関する検査及び治療についてのみ記入してください。
 - 保険診療以外の診療分も助成の対象となりますが、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は含みません。
 - 助成の対象となるには、治療・検査開始日に、妻の年齢が満43歳未満である必要があります。
 - 薬局等院外処方の領収書等は申請者本人から市へ提出となります。
- *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終了日までを記載してください。
- *2) 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、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

(注) 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、又は、胚の分割停止、変性、多精子受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

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。

(注) 採卵に至らないケース(女性への侵略的治療のないもの)は助成対象となりません。