

上板町こうのとり応援事業(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。

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 (印)

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

	夫	妻
ふりがな		
氏 名		
生年月日 年 月 日 年齢	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
保険診療で実施した治療期間(※1)	(開始) 年 月 日 ～(終了) 年 月 日	
	・保険適用による1回目の治療開始時(※2)の妻の年齢(歳)	
保険診療で実施した今回の治療内容	(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。)	
	☐ 採卵術 ☐ 受精(☐ 体外受精 ☐ 顕微授精) ☐ 受精卵・胚培養	
	☐ 胚凍結 ☐ 胚移植術(☐ 新鮮胚移植 ☐ 凍結・融解胚移植)	
	☐ 精巣内精子採取術(行った手術療法:)	
	☐ Y染色体微小欠失検査	

・保険診療で実施した治療にかかった費用のうち、本人負担額を記入してください。
入院費、食事代又は文書料等、直接治療等に関係のない費用は、含めないでください。

保険診療で実施した治療期間 (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 (窓口負担金)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 (限度額適用認定書の提示等により確認がとれている場合、適用区分又は限度額を記入してください。)	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)				
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	(妻)保険診療分の合計額		円		
	男性不妊治療(夫の治療)				
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	令和 年 月 日分	円	適用区分()又は限度額(円)	☐ 未確認	
	(夫)保険診療分の合計額		円		
	保険診療で実施した治療 (院外処方)※3	保険診療分の 院外処方合計額		円	総合計額 円
	備 考				

※については、裏面の証明書作成に当たっての説明事項を参照してください。

【証明書作成にあたっての説明事項】

※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(令和7年4月1日以降のものに限る。)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。

1回の生殖補助医療とは、採卵準備のための投薬開始から、胚移植に至るまでの一連の治療(主治医の医学的判断により妊娠反応検査を行った場合は当該妊娠反応検査を、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当該男性不妊治療を含む。)をいいます。ただし、前回までの治療で作成した受精卵を用いた凍結・融解胚移植を行った場合又は胚移植に至らずその回の治療を終了した場合(別表の治療のいずれか1つを含む場合に限る。)は、実施した治療について1回の生殖補助医療とみなします。

別表

	治 療
女性	・採卵術 ・受精(体外受精または顕微授精) ・受精卵・胚培養 ・胚凍結 ・胚移植(新鮮胚移植又は凍結・融解胚移植)
男性	・精巣内精子採取術 ・Y染色体微小欠失検査

※2 回数変更をした場合は、回数変更後、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の妻の年齢になります。

なお、主治医の治療方針に基づき、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は、男性不妊治療を開始し治療計画を作成した日時点での妻の年齢になります。

※3 今回の治療に係る院外処方による治療については、表面の保険診療分の院外処方合計額に記載してください。