

## ひたちなか市不妊治療受診等証明書

年 月 日

ひたちなか市長 殿

医療機関 名称

所在地

主治医氏名

印

次のとおり、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

|                             |                         |                                                                                                                                                       |             |                                                   |                                     |
|-----------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名             |                         | 夫                                                                                                                                                     | ( )         | 妻                                                 | ( )                                 |
| 生年月日・年齢                     |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日 ( 歳 ) |                                                   | 年 月 日 ( 歳 )                         |
| 住所                          |                         |                                                                                                                                                       |             |                                                   |                                     |
| 治療期間※1                      |                         | 年 月 日～ 年 月 日 (妊娠確認日又は治療を中止した日)                                                                                                                        |             |                                                   |                                     |
| 妊娠の有無                       |                         | 有 ・ 無                                                                                                                                                 |             | 治療ステージ                                            | A・B・C・D・E・F・G・H<br>※治療ステージの詳細は、裏面参照 |
| 今<br>回<br>の<br>治<br>療       | いずれかに☑                  | 以下の助成要件を確認し、☑をお願いします。                                                                                                                                 |             |                                                   |                                     |
|                             | □1. 先進医療                | □保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。<br>□当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。                                                                                             |             |                                                   |                                     |
|                             | □2. 保険適用外の生殖補助医療(4回目以降) | □初回治療開始の妻の年齢が40～43歳未満で、保険適用回数が上限3回に達している。<br>□今回は4回目以降の生殖補助医療【体外受精・顕微授精 ※該当する方に○】であり、自費で実施した。<br>□今回の治療開始時の妻の年齢は43歳未満である。<br>□当医療機関は保険医療機関として承認されている。 |             |                                                   |                                     |
| 領収金額                        |                         | 今回の治療に係る領収金額 ※2<br>円                                                                                                                                  |             | 左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額<br>(1. 先進医療の場合のみ)<br>円 |                                     |
| 実施した先進医療 (1. 先進医療の場合のみ)     |                         |                                                                                                                                                       | 実 施 日※3     |                                                   | 領 収 金 額                             |
| 子宮内膜刺激術 (SEET 法)            |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養         |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)         |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 子宮内膜受容能検査1 (ERA)            |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)         |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)      |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)       |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)  |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 二段階胚移植術                     |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| タクロリムス投与療法                  |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 膜構造を用いた生理学的精子選択術            |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 着床前胚異数性検査1                  |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
| 着床前胚異数性検査2                  |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |
|                             |                         |                                                                                                                                                       | 年 月 日       |                                                   | 円                                   |

※1～3 裏面参照

(裏面)

※1 当該採卵に係る治療計画を作成した日（改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日）から治療終了日までを記載してください。

なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

## 体外受精・顕微授精の治療ステージ

| 治療<br>ステージ | 治療内容                                      | 採卵まで                            |                                |    | 採精（夫） | 受精<br>（顕微授精）・<br>培養・媒精 | 胚移植   |         |     |                    |     |         | 妊娠の<br>確認<br>（胚移植のおおむね<br>2週間後） |  |
|------------|-------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|----|-------|------------------------|-------|---------|-----|--------------------|-----|---------|---------------------------------|--|
|            |                                           | 薬品投与（点鼻薬）<br>（自然周期で行う場合<br>もあり） | 薬品投与（注射）<br>（自然周期で行う場合<br>もあり） | 採卵 |       |                        | 新鮮胚移植 |         | 胚凍結 | 凍結胚移植              |     |         |                                 |  |
|            |                                           |                                 |                                |    |       |                        | 胚移植   | 黄体期補充療法 |     | （自然周期で行う場合<br>もあり） | 胚移植 | 黄体期補充療法 |                                 |  |
| A          | 新鮮胚移植を実施                                  |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| B          | 凍結胚移植を実施                                  |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| C          | 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施                       |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| D          | 体調不良等により移植のめどが立たず<br>治療終了                 |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| E          | 受精できずまたは、胚の分割停止、変性、<br>多精子受精などの異常受精等により中止 |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| F          | 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が<br>得られないため中止       |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| G          | 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止                      |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |
| H          | 採卵準備中、体調不良等により治療中止                        |                                 |                                |    |       |                        |       |         |     |                    |     |         |                                 |  |