

善通寺市長 様

指定医療機関 所在地  
 名称  
 主治医氏名  
 TEL

善通寺市ゆりかご支援事業（生殖補助医療）受診等証明書（混合診療等用）

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み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下記のとおり領収したことを証明します。なお、本治療については、保険外診療で実施したものです。

指定医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日		年 月 日生		年 月 日生
今回の治療期間※1	年 月 日 ~		年 月 日	
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（裏面の注1参照） に○を付けてください。		A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 ( )		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
	今回の治療が保険外診療となった理由（□に✓を付け（ ）内に記入してください。） ※ア・イ・ウのいずれかに該当する場合のみ、本制度の助成対象となります。 <input type="checkbox"/> ア 国の先進医療会議で安全性、有効性等について審議中又は審議予定の医療技術等を併用したため、保険外診療となった。 併用した医療技術等の名称（ ） <input type="checkbox"/> イ その他、主治医の判断により、保険適用外の高度に先進的な医療技術等を用いたために保険外診療となったもの 用いた医療技術等の名称（ ） <input type="checkbox"/> ウ 保険診療又は上記ア・イと同様の治療であるが、回数・年齢等の超過により保険外診療となったもの			
領収金額 (文書料除く。)	生殖補助医療費（男性不妊治療を除く。）		男性不妊治療 ※2	
	円		円	
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ありの場合は、院外処方に要した費用も対象となります。）			

※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等を行った日から生殖補助医療の終了日までを記載してください。ただし、主治医の診療方針に基づき、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の終了日までを記載してください。

※2 男性不妊治療に対する助成は、妻の助成の加算対象としております。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、又は状態のよい精子が得られないため生殖補助医療を中止した等により、男性不妊治療のみとなった場合は、助成対象となりません。

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入して下さい。

(注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2) 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。