

下記の者については、特定不妊治療（体外受精及び顕微授精）以外の治療法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

指定医療機関の所在地・名称

主治医氏名

印

指定医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | | |
|--|--|------------------------|
| (ふりがな) | () | () |
| 氏名 | 夫 昭和 平成 年 月 日生 (歳) | 妻 昭和 平成 年 月 日生 (歳) |
| 生年月日 | | |
| ○ 当該患者が過去に行った不妊治療について ・ タイミング療法 《実施 () 回・未実施》 うち排卵誘発併用 (回) ・ 排 卵 誘 発 法 《実施 () 回・未実施》 ・ 人 工 授 精 《実施 () 回・未実施》 うち排卵誘発併用 (回) ・ 体 外 受 精 《実施 () 回・未実施》 ・ 顕 微 授 精 《実施 () 回・未実施》 ・ 手 術 療 法 《実施・未実施》 (腹腔鏡手術 子宮鏡手術 卵管鏡手術) ・ そ の 他 () ○ 特定不妊治療を必要とした理由について ・ 女性因子 () ・ 男性因子 () ・ 原因不明長期不妊 ・ その他 () | | |
| 今回の治療方法 | A B C D E F 該当する記号（裏面参照）に○を付けてください | |
| | Aまたは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） | |
| 今回の治療期間 | 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 | |
| 今回の治療内容（治療を中断した場合は、その経過についても記入してください。） 1) GnRha 使用（あり なし） 年 月 日から使用 2) 排卵誘発剤使用（あり なし） 総使用量 単位 3) 採卵（または採卵を中止）した日 年 月 日 回収卵数 個 4) 受精卵数 個 5) 胚移植（または胚移植を中止）した日 年 月 日 6) 胚移植数 個 7) 凍結受精卵胚数 個 8) 治療経過（妊娠判定結果、中止・中断理由 等） | | |
| 注射等を他の医療機関に依頼した場合、その医療機関名 () | | |
| 日本産婦人科学会 個別調査用登録の有無 | 有 (症例登録番号) | 無 |
| 領収年月日 | 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 | |
| 領収金額 | 円 (消費税を除く特定不妊治療にかかる費用のみ記入してください。) 記載方法は裏面参照 | |

● 上記治療にかかる領収額及び費用の明細を確認できる医療機関が発行した書類〔領収書及び診療明細書など〕を添付してください。

治療方法、治療期間の記載について

助成対象となる治療は、次のとおりです。下記「体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲」も参考にしてください。

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治療終了日までを記載してください。

- 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周期程度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、または、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) 採卵に至らないケースは助成対象となりません。

体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

G～Hは助成対象としない

A～Fについて、それぞれ「1回」とみなして助成対象とする。

助成対象となる治療: (保険適用外診療分のみ。なお、消費税は助成対象になりません。)

| 治療内容 | 採卵まで | | | | 受精 (夫) | 胚移植 | | | | | | 妊娠の確認 (胚移植の2週間後) | | |
|---|---------------------------|--------------------------|----|-------|-----------|-------|---------|-----|-------|---------|--------------------|---------------------|-----|---------|
| | 薬品投与(点鼻薬) 自然周期で行う場合もあり | 薬品投与(注射) 自然周期で行う場合もあり | 採卵 | 採精(夫) | | 新鮮胚移植 | | 胚凍結 | 凍結胚移植 | | 薬品投与(自然周期で行う場合もあり) | | 胚移植 | 黄体期補充療法 |
| | | | | | | 胚移植 | 黄体期補充療法 | | 胚移植 | 黄体期補充療法 | | | | |
| 平均所要日数 | 14日 | 10日 | 1日 | 1日 | 2～5日 | 1日 | 10日 | | 7～10日 | 1日 | 10日 | 1日 | | |
| 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治療終了 | | | | | | | | | | | | | | |
| E 受精できず または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止 | | | | | | | | | | | | | | |
| F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が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 | 助成対象外 | | | | | | | | | | | 対象外 | | |
| H 採卵準備中、体調不良等により治療中止 | 助成対象外 | | | | | | | | | | | 対象外 | | |

※B: 採卵・受精後、1～3周期程度の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

領収年月日、領収金額の記載について

1 助成対象となる費用（上図参照）

- (1) 採卵準備のための投薬から注射、採卵、胚移植の処置費、妊娠確認検査費用など
- (2) 指定医療機関の医師が行う特定不妊治療に至る過程の一環として、同医師の指導に基づき、その他の医療機関（指定を受けていない医療機関である場合も含む。）において行う投薬・注射・検査等の費用

ただし、この場合の受診等証明書（領収年月日、領収金額の証明）は指定医療機関の医師が作成すること。

2 助成対象とならない費用

入院費、食事療養費、凍結された精子・卵子・受精胚の管理料（保存料）、文書料、消費税など