

東かがわ市こうのとり応援事業（生殖補助医療【保険外診療】）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次のとおり徴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。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

㊞

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	-----	
		年 月 日生（ 歳）			年 月 日生（ 歳）	
【保険外診療で実施した治療】 今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~		年 月 日			
	(男性不妊治療分 年 月 日 ~ 年 月 日)					
【保険外診療で実施した治療】 今回の治療内容	(特定不妊治療（旧制度）と同様の区分で見た場合に該当する記号（注1・注2参照）に○を付けてください。） A B C D E F		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。 ア□ 今回の治療に当たり、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もの ・併用した医療技術等の名称（ _____ ） 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生殖補助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 []					
【保険外診療で実施した治療】 領収金額	(今回の治療にかかった金額合計（保険外診療に限る。)) ※2		生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く。）領収金額 _____ 円			
	男性不妊治療費※3		領収金額 _____ 円			

※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 助成の対象範囲は、(旧)特定不妊治療費助成制度の助成対象範囲と同じです。不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象から除きます。

※3 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、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。

(注1) 助成対象となる治療は、次のいずれかに該当するものです。【(旧)特定不妊治療費助成制度と同様】 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、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常受精等による中止 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。
