

様式第2号（第8条関係）

（表）

那須塩原市不妊治療（先進医療）費助成受診等証明書

年 月 日

那須塩原市長 様

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

㊞

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、**保険診療**として生殖補助医療を実施し、これに係る先進医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

主治医記入欄

	夫	妻																																												
ふりがな																																														
患者氏名																																														
生年月日	年 月 日		年 月 日																																											
治療期間 (保険診療)	年 月 日 ～ 年 月 日 (治療計画の作成日) (妊娠の確認を行った日又は治療中止の判断をした日)																																													
保険診療の回数	今回は 回 目の治療です。(制限回数 回) 初めての治療開始時点の助成の年齢により6回又は3回																																													
胚移植の日	年 月 日 / ☐ 未移植で治療終了		妊娠の有無	有・無																																										
治療費 (領収金額)	今回の不妊治療にかかった費用 円 (保険診療及び先進医療の合計額) うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用 円																																													
実施した治療等 ・先進医療として告示された検査又は治療であること ・地方厚生（支）局に実施医療機関として届出を行っている又は承認されていること	今回実施した治療等に ☒ を入れ、実施日を記入してください。 ※(1)から(12)までの他に新たに告示された治療等を実施した場合は、(13)に記入してください。 <table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td>実施年月日</td></tr> <tr> <td>(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法（SEET 法）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(3) ☐ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICS）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(5) ☐ 子宮内膜受容能検査（ERA, ERPeak）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(6) ☐ 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(8) ☐ 二段階胚移植法</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(9) ☐ 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(10) ☐ タクロリムス投与療法</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(12) ☐ 着床前胚異数性検査（PGT-A）</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> <tr> <td>(13) ☐ ()</td><td></td><td>年 月 日</td></tr> </table>						実施年月日	(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法（SEET 法）		年 月 日	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		年 月 日	(3) ☐ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）		年 月 日	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICS）		年 月 日	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査（ERA, ERPeak）		年 月 日	(6) ☐ 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）		年 月 日	(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）		年 月 日	(8) ☐ 二段階胚移植法		年 月 日	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）		年 月 日	(10) ☐ タクロリムス投与療法		年 月 日	(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)		年 月 日	(12) ☐ 着床前胚異数性検査（PGT-A）		年 月 日	(13) ☐ ()		年 月 日
		実施年月日																																												
(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法（SEET 法）		年 月 日																																												
(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		年 月 日																																												
(3) ☐ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）		年 月 日																																												
(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICS）		年 月 日																																												
(5) ☐ 子宮内膜受容能検査（ERA, ERPeak）		年 月 日																																												
(6) ☐ 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）		年 月 日																																												
(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）		年 月 日																																												
(8) ☐ 二段階胚移植法		年 月 日																																												
(9) ☐ 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）		年 月 日																																												
(10) ☐ タクロリムス投与療法		年 月 日																																												
(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)		年 月 日																																												
(12) ☐ 着床前胚異数性検査（PGT-A）		年 月 日																																												
(13) ☐ ()		年 月 日																																												

(裏)

【注意事項】

- ・令和7年4月1日以降に開始した治療について記入してください。
- ・助成の対象になる治療は、保険適用の生殖補助医療と併用して実施された表面に記載された先進医療のみです。不妊検査、一般不妊治療、全額自費で実施した生殖補助医療は対象外ですので、記載しないでください。
- ・出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。
- ・文書料、入院食事療養費、差額ベッド代など、直接治療に関係のない費用も対象外です。
- ・一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療予定がない場合は申請可能です。

医療機関証明欄

次の項目を確認し、☒をしてください。当てはまらない場合は助成対象外となります。

- ☐ 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として、地方厚生（支）局に登録されています。
- ☐ 次表「先進医療分」に記載した金額は、厚生労働省により告示されている治療・技術のみです。
- ☐ 今回実施した先進医療は、保険適用された生殖補助医療に併用して実施したものです。

次のことについて、他院での治療等で当てはまるものがあれば、☒をしてください。また、病院名を御記入ください。

- ☐ 当該患者は、今回の治療の開始前に（病院名： ）で生殖補助医療（未移植を含む）を行っています。
- ☐ 今回の生殖補助医療は、（病院名： ）と連携して行っています。

※連携とは…保険診療で生殖補助医療を行う病院に加え、その一連の治療において先進医療の検査・治療を他の病院にて実施している場合を指します。生殖補助医療の実施にあたって他の疾患を治療している場合を含みません。

患者氏名	夫：	
	妻：	
領収金額		
診療月	表面(1)から(13)までの治療・技術について記入してください。	
	領収金額（保険診療分を含む）	左記のうち、先進医療分
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合計	円	円

↑この太枠の金額が、助成対象額です。

上記のとおり領収したことを証明します。

医療機関の 名称
所在地
管理者氏名
電話番号

㊤

年 月 日

医療機関コード

1

担当者氏名