

様式第3号（第6条関係）

受給者番号（市記入）					
------------	--	--	--	--	--

伊達市生殖補助医療費受診等証明書

年 月 日

伊達市長

所在地
 名称
 医師又は薬剤師名
 電話番号

次の方について、生殖補助医療、生殖補助医療に係る検査又は生殖補助医療に係る調剤を実施し、これに係る医療費、検査費又は調剤費を以下のとおり徴収したことを証明します。

(フリガナ) 受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
治療方法 ※1	A B C D E F 該当する記号に○を付けてください。(※2)		男性不妊治療 1 有 2 無 該当する番号に○を付けてください。	
		A又はBの場合（該当する番号に○を付けてください。） 1 体外受精 2 顕微授精		
治療（検査・調剤）期間 ※3	年 月 日から 年 月 日まで			
今回の治療結果 ※1	該当する番号に○を付けてください。 1 妊娠した 2 妊娠せず 3 治療中止 4 その他（ ）			
今回の治療への 保険の適用 ※1	該当する番号に○を付けてください。（胚移植術の算定回数） 1 有（ 回目） 2 無（これまでの保険適用で治療された回数 回）			
検査・院外処方依頼のあった医療機関名 ※4				
領収金額の内訳 （男性不妊除く）※5	保険適用分領収金額		円	
	保険適用外分領収金額		円	
領収金額の内訳 （男性不妊）※5	保険適用分領収金額		円	
	保険適用外分領収金額		円	

※1 治療実施医療機関のみご記入ください。

※2 定義は以下の通りです。今回実施した治療に係る不妊検査も対象となります。

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・受精卵、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たらず治療終了

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

男性不妊治療：上記治療を行うに当たり、精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術

※3 不妊検査の日又は採卵準備のための「薬品投与」の開始等の日から治療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。

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。ただし、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治療を中止した場合は助成の対象となります。また、夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による不妊治療、代理母、借り腹による治療も助成対象となりません。

※4 治療実施医療機関から依頼を受けて検査を行った検査実施医療機関又は院外処方を行った薬局のみご記入ください。

※5 食事療養標準負担額、個室料、文書料等の費用及び処方箋によらない医薬品等の費用は含めないでください。