

中津川市生殖補助医療費助成金受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療によっては妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療を医療保険適用外で実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号（注参照）に○をつけてください		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○をつけてください	
今回の経過	(治療方法がA・B・Cの場合記入願います。) 妊娠成立 ・ 流 産 ・ 妊娠不成立			
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
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] 領収金額 _____ 円 そのうち①入院費 _____ 円 (※該当がない場合0を記入) ②管理(保存)料 _____ 円 (※該当がない場合0を記入) ※上記①②は助成対象になりません。 ②の管理(保存)料は、凍結された精子、卵子、授精胚の管理(保存)料であり、精子、卵子、授精胚の凍結料は含めないでください。			

(注) 助成対象は保険診療外（自費診療）の治療で、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（原則として余剰胚を移植した場合に限る。）
- 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（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。
本事業は、保険診療と保険外診療を組み合わせる混合診療を認めるものではありません。