

(表)

様式第2号(第8条関係)

毛呂山町不妊治療実施証明書

年 月 日

毛呂山町長 あて

所在地
実施医療機関名称
主治医氏名

次のとおり、特定不妊治療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、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

実施医療機関記入欄(主治医が記入してください) 選択肢がある場合は該当箇所に☑

受診者氏名(夫)		生年月日	
受診者氏名(妻)		生年月日	
治療方法		<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 先進医療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療	
妊娠の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
今回の治療への保険の適用		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(無の場合は、毛呂山町不妊治療費助成事業は受けられません)	
特定不妊治療	治療区分	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F	
	治療期間*1	年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療費	領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 保険診療(特定不妊治療)*2 領収金額 円	
先進医療	実施した先進医療の内容 (先進医療を実施した場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、届出を行っている又は、承認されている医療機関です。(必須) <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査(ERPeak法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA) <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> その他()	
	医療費	先進医療費(自費診療で実施した治療)*2 領収金額 円	
男性不妊治療	治療区分	男性不妊治療→治療方法*3 () 精子の回収*3: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	治療期間*4	年 月 日 ~ 年 月 日	
	医療費	領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 保険診療(男性不妊治療)*2 領収金額 円	

(裏)

- ※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行った日から治療終了日までを記載してください。
- ※² 入院室料、食事代及び文書料等の直接治療に関わらない費用を除く。
- ※³ 本証明書における「男性不妊治療」とは、生殖補助医療の一環として医療保険適応診療で行った「精巣内精子採取術」など精子を採取するための手術を示します。
- ※⁴ 男性不妊治療を行ったが、精子を得られない、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も助成の対象となります。