

高崎市生殖補助医療費助成事業受診等証明書

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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関名  
所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄

受診者	(ふりがな) 氏名	( )	( )
	生年月日	夫 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)	妻 昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
今回の治療の状況	治療方法	・治療方法(ステージ)の記号は裏面参照してください。 A B C D E F 男性不妊治療	A又はBの場合に記入してください。 1 体外受精 2 顕微授精
		・男性不妊治療を行った場合には手術療法を記入してください。 ( )	精子回収の有無 1 有 2 無
	治療期間	※妊娠に至った場合には、胎嚢の確認日までを治療期間としてください。 年 月 日 ~ 年 月 日	
	治療結果	1 妊娠に至った 2 妊娠に至らなかった ※この場合の妊娠とは胎嚢が確認された症例を示し、妊娠反応のみ陽性は含みません。 なお、治療結果はプライバシーの保護に十分配慮し、本事業以外の目的には一切使用しません。	
領収金額 (対象外の治療等を除く)	◆生殖補助医療費(男性不妊治療費を除く)		◆院外処方(治療費に含む場合)
	① 保険診療分 _____ 円	② 保険外診療分 _____ 円	③ 保険診療分 _____ 円 ④ 保険外診療分 _____ 円 ①+②+③+④ 合計 _____ 円
	◆男性不妊治療費		保険診療分 _____ 円
	手術日: 年 月 日		保険外診療分 _____ 円 合計 _____ 円

- ・ 年齢は、今回の治療開始時を記入してください。
- ・ 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治療終了日までを記入してください。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(手術日)から生殖補助医療終了日までを記入してください。
- なお、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で男性不妊治療を行った場合や男性不妊治療のみを申請する場合の受診等証明書は、様式第3号を使用してください。
- ※ 治療ステージと助成対象範囲等は、裏面をご参照ください。

○体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

助成対象範囲	治療内容	採卵まで			採精(夫)	受精 (前培養・媒精(顕微授精)・培養)	胚移植					妊娠の有無の確認 (胚移植の概ね2週間後)	
		薬品投与(点鼻薬) (自然周期で行う場合もあり)	薬品投与(注射) (自然周期で行う場合もあり)	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植			
							胚移植	黄体期補充療法		薬品投与 (自然周期で行う場合もあり)	胚移植		黄体期補充療法
	平均所要日数	14	10	1	1	2~5	1	10		7~10	1	10	1
助成対象	A	新鮮胚移植を実施											
	B	凍結胚移植を実施											
	C	以前に凍結した胚を解冻して胚移植を実施											
	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、多精子受精等の異常受精等により中止											
	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											
対象外	G	卵胞が発育しない 又は排卵終了のため中止											
	H	採卵準備中に体調不良等により治療中止											

○ 生殖補助医療の助成対象範囲

- ・ 1回の治療が終了するごとに申請が可能です。
- ・ 妊娠に至った場合には、胎嚢の確認日までを治療期間とします。
- ・ 保険外診療の先進医療は、先進医療Aのみが対象です。
- ・ Bは、採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を行った場合です。(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために間隔をあげた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療)
- ・ 医師の判断により、治療が中止となった場合にも助成の対象となります。(D、E、F)  
※体調の回復を待って治療を継続する場合には、B治療となるためD治療での申請はできません。

○ 男性不妊治療の助成対象範囲 ※上表のCの治療を除く

生殖補助医療に至る過程の一環として、精子を精巣又は精巣上体から採取する手術(精子凍結を含む)で、生殖補助医療の治療終了日の属する年度又はその前年度に行われた手術が対象です。

- ・ 精巣内精子回収法 (TESE (C-TESE、M-TESE))
- ・ 精巣上体精子吸引法 (MESA)
- ・ 精巣内精子吸引法 (TESA)
- ・ 経皮的精巣上体精子吸引法 (PESA) など

○ 助成の対象外となる主なもの

- ・ 卵胞が発育しない等により卵子採取以前に治療を中止した場合は対象外です。
- ・ 予防接種やがん検診、治療開始前や生殖補助医療に係わらない検査料(不妊の原因を見つける検査、貧血検査、梅毒などの性感染症検査、B型肝炎検査料など)、原因疾患の治療、サプリメント、証明書等文書作成料、郵送料、精子・卵子の凍結保存管理料(男性不妊治療の精子凍結を除く)及び凍結保存維持管理料、胚凍結保存管理料(B・D治療の導入時を除く)及び胚凍結保存維持管理料、治療に係る入院費・食事代、男性不妊治療以外の夫の治療費などは対象外です。
- ・ 夫婦以外の第三者からの精子・卵子・胚の提供による治療及び代理懐胎によるものは対象外です。