別記第３号様式（第６条関係）

池田町特定不妊治療費助成受診等証明書

下記の者については、次のとおり特定不妊治療(又はその調剤の処方)を実施し、これに係る医療(調剤)費自己負担額を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関又は薬局の名称
及び所在地
代表者氏名　　印

医療機関記入欄

<table>
<tr><td>受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td></td><td rowspan="2">妻</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　月　日(　歳)</td><td colspan="2">年　月　日(　歳)</td></tr>
<tr><td rowspan="4">今回の治療内容</td><td colspan="2">生殖補助医療
Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ
該当する記号(注意事項１参照)に〇を付けてください</td><td colspan="2">Ａ または Ｂ の場合
１.体外受精　２.顕微授精
該当する記号に〇を付けてください</td></tr>
<tr><td colspan="2">男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください</td><td colspan="2">精子回収の有無
１.有　２.無</td></tr>
<tr><td colspan="4">医師が必要として実施した先進医療等(該当する記号に〇を付けてください)
・タイムラプス　・子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE)　・子宮内膜受容能検査(ERA)　・PICSI
・IMSI　・SEET 法　・子宮内膜スクラッチ　・子宮内フローラ検査　・子宮内受容期検査(ERPeak)
・二段階胚移植法　・その他(名称：　　)</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間</td><td colspan="4">年　月　日　～　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">・院外処方の有無　□有　・　□無
・高額療養費制度利用の有無　□有（ア・イ・ウ・エ・オ）　・　□無</td></tr>
<tr><td rowspan="4">自己負担額の内訳
(一治療分)</td><td colspan="2">生殖補助医療(保険適用)</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">生殖補助医療(保険適用外)</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td>上記のうち先進医療の費用
(国から承認を受けているもの)</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">男性不妊治療</td><td colspan="2">円</td></tr>
</table>

注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を行った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特定不妊治療終了日までを記載してください。
２　□は、該当項目をチェックしてください。
３　院外処方の有無が「有」の場合は、薬局の領収書から自己負担額を加算してください。
４　文書料、個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付は含まないでください。
５　高額療養費制度利用の有無が「有」の場合は区分を選んでください。

注意事項１　補助対象となるのは次のいずれ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
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目途が立たず治療終了
Ｅ　授精できず、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
注意事項２　Ｇ採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。