様式第5号（第8条関係）

加賀市生殖補助医療［保険診療］受診等証明書

次の者については、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、生殖補助医療及びその一環としての男性不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関　　所在地

名　称

主治医氏名　　印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

ふりがな 受診者氏名		
	夫	妻
生 年 月 日	年　月　日生(　歳)	年　月　日生(　歳)
今回の治療への保険の適用	**保険適用　通算（　　）回目**　←胚移植術の算定回数【1子ごとの（リセット後の）回数】を記入 ・保険適用による通算1回目の治療開始時の妻の年齢（　　歳）	
[保険適用で実施し治療] 今回の治療期間※1	(開始)　年　月　日　～(終了)　年　月　日 (男性不妊治療分　年　月　日～　年　月　日)	
[保険適用で実施し治療] 今回の治療内容	(**実施した生殖補助医療に係る治療**で該当するものすべてに✓をてけくだ下さい。) ☐採卵術　☐受精（☐体外受精　☐顕微授精）　☐受精卵・胚培養 ☐胚凍結　☐胚移植術（☐新鮮胚移植　☐凍結・融解胚移植）	
	☐精巣内精子採取術（行った手術療法：　　） （精子回収の有無：☐有　☐無　）	

[保険適用で実施し治療] 診療月ごとの保険診療分に係る医療費等	診療年月日	自己負担額※2 (窓口負担額)	高額療養費に係る当該月の自己負担限度額 (限度額適用認定証の提示等により確認がとれている場合、適用区分又は限度額を記入してください)
	生殖補助医療(妻の治療)		
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	(妻)保険診療分の合計額	円	
	生殖補助医療(夫の治療)※3		
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	(夫)保険診療分の合計額	円	
	男性不妊治療(夫の治療)※4		
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	年　月分	円	適用区分(　)又は限度額(　円)　☐未確認
	(夫)保険診療分の合計額	円	

保険診療と併用して実施した**先進医療に係る治療** （ ☐有　☐無 ） 該当する☐に✓を付け、「有」の場合は右欄も記入してください。	(保険診療と併用して先進診療を実施した場合、実施した先進医療技術名に✓をつけてください。) ☐ 子宮内膜刺激術(SEET法)　☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA) ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE) ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) ☐ 二段階胚移植術 ☐ その他［　　］ **先進医療にかかった治療金額（自費診療分）**　　円※2

◎裏面の説明事項を参照してください。

◎証明書作成に当たっての説明事項

※１　治療期間については、胚移植を目的とした治療計画に同意し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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※２　不妊の原因を調べるための検査に係る費用、凍結された精子、卵子、胚の管理料（保存料）入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外となりますので、証明金額からは除いてください。

※３　生殖補助医療で治療計画を立てる際に夫に係る医療費分（保険適用分）

※４　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の他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。