様式第２号

福井県特定不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないかまたは、極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費等を下記の通り領収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

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	（　　）
受診者生年月日および 今回の治療期間の初日の年齢		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）		昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
今回の治療方法 該当する記号等に ○を付けてください	裏面の注をご参照ください Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ　Ｇ　Ｈ		１．体外受精 ２．顕微授精	１．妊娠あり ２．妊娠なし
今回の治療期間 ※1	令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日			
保険適用回数の状況 (今回の治療を含む)	保険診療で実施された胚移植術の回数（　　）回目 ※下記治療内容３または４の場合、これまで保険診療で実施された胚移植術の回数 初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における妻の年齢（　　）歳			
今回の治療内容 該当する番号に○を 付けてください。	１．保険診療で実施される特定不妊治療 ２．先進医療およびそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療 ３．国で審議中の技術等と組み合わせて実施される特定不妊治療 ４．保険適用回数終了後の特定不妊治療			
今回実施した 先進医療または 審議中の技術の内容 該当するものに☑し、その他の場合は(　)内に医療名を記載してください。	□ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） □ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 □ 子宮内細菌叢検査１（EMMA／ALICE） □ 子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ検査） □ 子宮内膜刺激術（SEET 法） □ 子宮内膜受容能検査１（ERA） □ 子宮内膜受容能検査２（ERPeak） □ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） □ 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 □ タクロリムス投与療法 □ 着床前胚異数性検査（PGT-A/SR） □ その他 （　　）			
領 収 金 額	〔今回の治療にかかった本人負担額の合計〕領収金額　　円 ※入院費および食事代は対象外　※上記治療内容１で申請する場合、自費診療分は対象外 ※上記治療内容３または４で申請する場合、審議中の技術や先進医療等に要する費用は対象外			

本人負担等の内訳	保険診療分（限度額適用認定証を利用した月は☑）			自費診療分
	区分	負担金額		負担金額
	年　　月分	円	□	円
	年　　月分	円	□	円
	年　　月分	円	□	円
	年　　月分	円	□	円
	年　　月分	円	□	円
	年　　月分	円	□	円

当医療機関以外での 検査・治療の有無	□有　　□無		
	☑有の場合 医療機関名称		

※１）治療期間については、採卵準備また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。

（注）助成対象となる治療は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

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、または状態のよい卵が得られないため中止

Ｇ　卵胞が発育しない、または排卵終了のため中止

Ｈ　採卵準備中、体調不良等により治療中止