

西条市不妊治療費補助金受診等証明書

下記の者について、一般不妊治療又は生殖補助医療（以下「不妊治療」という。）を実施し、これに係る費用を徴収したことを証明します。

所在地  
 名称  
 保険医療機関等  
 主治医氏名  
 電話番号

記

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

次の各項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- 受診者は、保険医療機関等の窓口にて「マイナ保険証を利用」し、又は「限度額適用認定証を提示」しました。
- 今回の不妊治療は、保険適用の治療として実施しました。

受診者		夫			妻		
	ふりがな						
	氏名						
	生年月日	年 月 日 ( 歳)			年 月 日 ( 歳)		
治療期間 (裏面※1)	年 月 日 ~		年 月 日		上記治療開始時の妻の年齢 ( ) 歳		
今回の 治療内容	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療※タイミング法及び人工授精を行う過程で、実施した検査や治療はその他に記入してください。 ( <input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )						
	<input type="checkbox"/> 生殖補助医療（該当する記号（裏面※3参照）に○を付けてください） A B C D E F						
	（該当する項目全てに☑を付けてください） 1 採卵（ <input type="checkbox"/> 調整卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> 低卵巣刺激法 <input type="checkbox"/> 自然周期） 2 採精（ <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術（TESE） <input type="checkbox"/> その他（ ）） 3 体外受精・顕微授精（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精） （追加： <input type="checkbox"/> 卵子活性化 <input type="checkbox"/> その他（ ）） 4 受精卵、胚培養（ <input type="checkbox"/> 初期胚まで <input type="checkbox"/> 胚盤胞まで） 5 胚凍結保存（ <input type="checkbox"/> 複数の胚が作成できた場合 <input type="checkbox"/> 全胚凍結周期である場合） 6 胚移植（ <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植） （追加： <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸含有培養液 <input type="checkbox"/> その他（ ））						
診療月 (裏面※2)	補助対象となる治療費（保険適用分）			食事療養費等 補助対象外の費用	院外処方 の有無	不妊治療以外の 処方箋の有無	
	入院	入院外	合計				
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無	
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無	
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無	
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無	
年 月分小計	円	円	円	円	有・無	有・無	
合計	円	円	円	円			

補助対象となる治療費等の 合計金額（裏面※4）	円
----------------------------	---

**【備考】**

※1 治療期間（治療開始日が令和7年4月1日以降の治療に限る。）

○一般不妊治療：治療開始日から1年以内に実施された一般不妊治療の治療終了日までを記載してください。（複数回治療を受けた場合は、合算して申請することが可能です。）

（補助限度額：3万円）

○生殖補助医療：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の手術を行った場合は、男性不妊の手術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。

（補助限度額：5万円）

※2 主治医の治療方針に基づき、他の保険医療機関等で男性不妊の手術を行った場合は、主治医が患者から男性不妊の手術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。（治療開始日が令和7年4月1日以降の治療に限る。）

※3 補助対象となる治療

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周期程度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、又は胚の分割停止、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1）採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は補助対象となりません。

（注2）入院時食事療養費、文書料、個室料その他の不妊治療に直接関係のない費用は補助対象となりません。

※4 補助対象となる治療費等は、令和4年4月以降に新たに保険適用された不妊治療に要する経費となります。入院時食事療養費、文書料、個室料その他の不妊治療に直接関係のない費用は補助対象外となりますので、補助対象外の費用を除いた額を記載してください。