

甲府市不妊治療費助成受診等証明書

(あて先) 甲 府 市 長

次の者については、次のとおり保険診療の一般不妊治療、生殖補助医療又は保険診療の生殖補助医療と先進医療を併用して実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

所 在 地

医 療 機 関 名

主 治 医 氏 名

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		
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)		
当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。				
本人負担額の 内訳	治療1回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日	
	男性不妊治療	【治療方法】	()	
		【領収金額】	円	【精子回収】 有・無
	治療2回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日	
	男性不妊治療	【治療方法】	()	
		【領収金額】	円	【精子回収】 有・無
	治療1回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日	
	【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他 ()		
		生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精		
	受診年月	保険診療分 (本人負担額)	先進医療に係るものの金額	【実施した先進医療】 (実施していない場合は☑不要です。)
	年 月分	円	円	□PICSI・□タイムラプス
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)
	年 月分	円	円	□SEET法・□子宮内膜受容能検査 (ERA)
	年 月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)
	年 月分	円	円	□二段階胚移植法
	年 月分	円	円	□その他 ()
	計	円	円	□その他 ()
	【妊娠成立の有無】 有 ・ 無			
	治療2回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日	
【治療種別】		一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他 ()		
	生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精		【実施した先進医療】 (実施していない場合は☑不要です。)	
受診年月	保険診療分 (本人負担額)	先進医療に係るものの金額		
年 月分	円	円	□PICSI・□タイムラプス	
年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)	
年 月分	円	円	□SEET法・□子宮内膜受容能検査 (ERA)	
年 月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI	
年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)	
年 月分	円	円	□二段階胚移植法	
年 月分	円	円	□その他 ()	
計	円	円	□その他 ()	
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無				

※注意事項は裏面に記載しています。お手数をおかけしますが、裏面をご確認のうえ、記載をお願いします。

(裏面)

3回目以降の治療内容は、こちらにご記入ください。

本人負担額の 内訳	治療3回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日		
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精		
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額	【実施した先進医療】 (実施していない場合は☑不要です。)	
	年 月分	円	円	□PICSI・□タイムラプス	
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）	
	年 月分	円	円	□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）	
	年 月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI	
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	
	年 月分	円	円	□二段階胚移植法	
	計	円	円	□その他（ ） □その他（ ）	
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無					
本人負担額の 内訳	治療4回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日		
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精		
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額	【実施した先進医療】 (実施していない場合は☑不要です。)	
	年 月分	円	円	□PICSI・□タイムラプス	
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）	
	年 月分	円	円	□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）	
	年 月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI	
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	
	年 月分	円	円	□二段階胚移植法	
	計	円	円	□その他（ ） □その他（ ）	
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無					
本人負担額の 内訳	治療5回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日		
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精		
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額	【実施した先進医療】 (実施していない場合は☑不要です。)	
	年 月分	円	円	□PICSI・□タイムラプス	
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）	
	年 月分	円	円	□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）	
	年 月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI	
	年 月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	
	年 月分	円	円	□二段階胚移植法	
	計	円	円	□その他（ ） □その他（ ）	
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無					

注 助成の対象となるのは、保険診療の一般不妊治療、生殖補助医療及び保険診療の生殖補助医療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療です。保険診療と保険外診療（先進医療を除く。）を組み合わせで行ういわゆる混合診療による不妊治療や、保険外診療のみで行う不妊治療は、助成の対象となりません。

院外処方がある場合は、薬局の領収書を参考に、保険診療分に加算してください。

※治療期間について

- ・一般不妊治療：治療開始日から治療終了日までを記載してください。
- ・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。
- ・男性不妊治療：治療開始日から治療終了日までを記載してください。（※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため、治療を中止した場合も助成の対象となります。）

※複数回分の治療をまとめて記載することができます。

※助成申請期限は、治療期間が終了した日から起算して1年以内です。

(追加用紙)

6回目以降の治療内容は、こちらにご記入ください。

本人負担額の 内訳	治療 回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
	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
	計	円	円
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無			
本人負担額の 内訳	治療 回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
	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
	計	円	円
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無			
本人負担額の 内訳	治療 回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
	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
	計	円	円
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無			
本人負担額の 内訳	治療 回目	【治療期間※】	年 月 日 ~ 年 月 日
		【治療種別】	一般不妊治療：□タイミング法・□薬物療法・□人工授精・□その他（ ） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精
	受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
	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
	計	円	円
【妊娠成立の有無】 有 ・ 無			