

不妊ステップアップ治療（体外受精・顕微授精）助成受診等証明書

下記の者については、ステップアップ治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、ステップアップ治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（※主治医が記入してください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫		妻					
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)				
今回の治療方法	A	B	C	D	E	F	(該当する記号(注参照)に○を付けてください。)	
男性不妊治療	男性不妊治療を行った場合は、手術法を記載してください。 []							
妊娠の有無	有 ・ 無							
今回の治療期間 ※1	年 月 日から			年 月 日まで				
	(妊娠確認日又は治療を中止した日)							
領収金額 ※2 ※3	[今回の治療にかかった金額合計]							
	ステップアップ治療費（男性不妊治療費を除く。）領収金額						円	
	男性不妊治療費						領収金額	円
保険適用の区分	保険適用あり			・ 保険適用なし				
備考 ※4								

※1) 治療期間については、排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ステップアップ治療終了日までを記載してください。

※2) 受診者の自己負担を記入してください。

※3) 入院室料、食事療養費、凍結された精子・卵子・受精胚の管理料（保管料）及び文書料は助成対象外です。

※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治療を行った場合（院外処方等）は、主治医が患者からその領収書の提出を受け、主治医がその医療機関の名称と領収金額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周期程度の間隔をあげ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、多精子受精などの異常受精等による中止
 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

(※) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

男性不妊治療 ステップアップ治療の過程で、精巣又は精巣上体から精子を採取する手術

※ステップアップ治療とは、体外受精及び顕微授精（体外受精・顕微授精の過程で実施した男性不妊治療を含む。）をさします。