第2－4号様式（第6条関係）

大分県特定不妊治療費助成事業受診等証明書（独自助成分・先進医療分）

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の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これにかか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

医療機関記入欄（太枠は主治医が記入すること）　　主治医氏名　　㊞

※（注）については、裏面を参照

受診者	ふりがな	夫		妻	
	氏　名				
	生年月日		年　月　日		年　月　日

今回の治療方法 ※該当する記号等に○を付してください。（注1）	A　B　C　D　E　F	AまたはBの場合 1 体外受精　2 顕微授精
	男性不妊治療の実施の有無　1 有（採精あり　採精なし）　2 無 男性不妊治療を行った場合、行った手術療法［　　］	
治療計画	作成年月日　年　月　日	当該患者およびパートナーの同意　有・無
	当初治療開始予定時期（注2）　年　月　旬	
今回の治療期間（注3）	年　月　日 ～　年　月　日 （男性不妊治療分）　年　月　日 ～　年　月　日	
今回の治療への保険適用	該当する番号に○をつけ、（　）内を記載してください。（※胚移植術の算定回数） 1. 有　（保険適用　　回目） 2. 無　（これまで保険適用で治療された回数　　回目） ※保険適用通算1回目の治療開始時の妻の年齢　（　　）歳	
実施した先進医療の内容	（該当に☑） ☐ 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、届出を行っているまたは承認されている医療機関です。	
	（該当に☑） ☐ PICSI　☐ タイムラプス　☐ SEET法 ☐ 子宮内膜スクラッチ　☐ IMSI　☐ 二段階胚移植法 ☐ 子宮内細菌叢検査（EMMI/ALLICE）　☐ 子宮内膜受容能検査（ERA） ☐ その他［　　］	

領収年月日　　年　月　日 ～　年　月　日

〔今回の治療にかかった金額合計〕治療内容に応じて、①または②のいずれか該当する方に記載してください。

①自費診療分（該当に☑）（注4、5）

☐ 治療計画に基づき実施した今回の治療費用が、全額自費となっていることに相違ありません。

領収金額　　円（うち、保険適用相当額の金額　　円）

うち、治療の一部を他の医療機関に依頼した分

医療機関名：　　領収金額　　円（うち、保険適用相当額の金額　　円）

うち、男性不妊治療費分

医療機関名：　　領収金額　　円（うち、保険適用相当額の金額　　円）

うち、院外処方分

医療機関名：　　領収金額　　円（うち、保険適用相当額の金額　　円）

②先進医療実施分（該当に☑）

☐ 先進医療を除き、治療のすべてを保険適用の範囲内で実施したことに相違ありません。

領収金額　　円（うち、先進医療技術にかかる経費　　円）

（注1）　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、又は状態のよい卵が得られないため中止

※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。

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

（注2）　治療計画上は、第1回目の治療を令和4年3月までに治療を開始する予定であったが、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の影響等により令和4年4月以降に治療開始をした場合は、当初予定していた治療開始時期を記載してください。

（注3）　治療期間については、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特定不妊治療終了日までを記載してください。

（注4）　特定不妊治療の一部を別の医療機関で行った場合、院外の薬局で処方箋を出した場合は、それらの額のうち、対象となる費用を特定不妊治療実施医療機関が証明を行ってください。
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指定を受けていない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

（注5）　領収金額は患者が窓口で支払った全額自己負担の治療費等を記入し、かっこ内には本来の保険対象治療の診療報酬における点数に基づく金額を記入してください。

（例）

一連の治療

	5月10日	5月20日	合計	
保険外診療がなければ保険診療になった治療等（※診療報酬点数×10）	10,000円	5,000円	15,000円	→保険適用相当額
保険外診療	3,000円	2,000円	5,000円	
総医療費（窓口負担）	13,000円	7,000円	20,000円	→領収金額