

川口市生殖補助医療費助成事業
実 施 証 明 書^{※1}

(あて先) 川口市長

下記のとおり、生殖補助医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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。
年 月 日所在地
(治療実施医療機関)
医療機関名
主治医氏名
主治医連絡先

医療機関記入欄 (主治医が記入してください)

1 治療を受けた者
男性 氏名 (昭和・平成 年 月 日生)
女性 氏名 (昭和・平成 年 月 日生)

2 今回実施した治療 (該当項目に☑)

(1) 治療区分 (区分は裏面添付を参照) ^{※2} A B C D E F

(2) 方法

 体外受精 顕微授精 先進医療(※先進医療を実施した場合のみ①②記載)① 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、届出を行っている又は承認されている医療機関です。(☑必須)

② 実施した先進医療の内容 (先進医療を実施した場合のみ記載)

<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法 (SEET法)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA, ERPeak)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA, ALICE)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選択術 (IMSI)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日
<input type="checkbox"/> その他 []	登録日: R 年 月 日	実施日: R 年 月 日

(3) 妊娠の有無 (☐有・☐無)

3 今回の治療期間^{※3}
年 月 日 ~ 年 月 日4 今回の治療費用の領収年月日 (期間) 及び領収金額^{※4}
年 月 日 ~ 年 月 日 (入院室料や食事代、文書料等の
直接治療に関わらない費用を除く)① 保険診療による治療金額
(男性不妊治療、先進医療分除く) 金 _____ 円

② 保険診療と併用した先進医療金額 金 _____ 円

※1 男性不妊治療も実施した場合は、男性不妊治療用の実施証明書に記載ください。

※2 Dとは、治療継続が不可能となった場合となります。期間をあけて治療を継続する見込みがある場合は該当しません。

※3 治療期間については、別表1を参照の上、医師が作成した生殖補助医療実施計画書に同意をした日から治療終了日までを記載してください。

※4 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、もしくは併用した先進医療実施日から治療終了日までを記載してください。

別表1 体外受精・顕微授精の治療区分と助成対象範囲

治療内容	採卵まで				受精 (前培養・媒精(顕微授精)・培養)	胚移植						妊娠の有無の確認※1 (胚移植のおおむね2週間後)	助成対象範囲
	薬品投与(点鼻薬) (自然周期で行う場合もあり)	薬品投与(注射) (自然周期で行う場合もあり)	採卵	採精(夫)		新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
						胚移植	黄体期補充療法		薬品投与 (自然周期で行う場合もあり)	胚移植	黄体期補充療法		
平均所要日数	14日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日		7~10日	1日	10日	1日	
A 新鮮胚移植を実施													
B 凍結胚移植を実施※2													
C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施													
D がん等に罹患し、治療継続不可能※3													
E 受精できず※4 または、胚の分割停止、変性、多精子授精等の異常授精等により中止													
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													
G 卵胞が発育しない、又は排卵終了のため中止													対象外
H 採卵準備中、体調不良等により治療中止													対象外

※1 「妊娠の有無の確認」とは、陽性判定・陰性判定にかかわらず、胚移植からおおむね2週間後に確認をした場合。なお、胚移植後、1回目の妊娠反応検査実施日を治療の終了日とする。

※2 Bとは当初の治療方針に基づき、採卵・受精後、数周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行った場合。

※3 Dとは、治療継続が不可能となった場合。期間をあけて治療を継続する見込みがある場合は該当しない。

※4 Eとは、授精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精等により中止となった場合に限る。胚凍結を行った場合は該当しない。

(注1) 採卵準備前に男性不妊治療(精子を採取するための手術)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は、男性不妊治療にかかった費用のみ助成の対象となります。ただし、通算助成回数に含まれます。

(注2) 胚の融解に失敗し、胚移植を行わない場合は助成の対象としません。