

様式第3号 (第6条関係)

遠野市特定不妊治療医療機関受診等証明書

年 月 日

遠野市長 様

医療機関 所在地

名 称

主治医氏名

㊞

次の者に関し特定不妊治療の必要が認められることから、特定不妊治療の実施及びその医療(調剤)費の自己負担額を次のとおり領収したことについて、次のとおり証明します。

受診者	夫	ふりがな		妻	ふりがな	
		氏名			氏名	
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
今回の治療方法		A B C D E F (該当する記号に○を付けてください。)			A又はBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください。)	
		男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 ()				
今回の治療期間 ※1		年 月 日～ 年 月 日 ※1 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入してください。				
他院での治療 院外処方の有無		1. 治療の一部を他医療機関へ指示した。医療機関名 () 2. 院外処方を指示した。 (該当する記号に○を付けてください。)				
区分	診療年月	医療機関領収分(特定不妊治療費) ※男性不妊治療費の金額は裏面に記入してください			薬局領収分	
		保険診療		保険診療以外 の本人負担額	院内処方 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額の内訳	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
小 計			①	②	③	④
今回の不妊治療に要した金額 (医療機関自己負担分)		⑤ (①+②+③)			円	
※市記載欄		⑥特定不妊治療自己負担額合計 (④+⑤)			円	

区分	診療年月	医療機関領収分(男性不妊治療費)※2 男性不妊治療に要した金額を記入してください (※2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。)				薬局領収分
		保険診療		保険診療以外の本人負担額	院内処方本人負担額	院外処方本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額の内訳	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	年 月分					
	小 計		⑦	⑧	⑨	⑩
今回の男性不妊治療に要した金額 (医療機関自己負担分)	⑪ (⑦+⑧+⑨)				円	
※市記載欄	⑫男性不妊治療自己負担額合計 (⑩+⑪)				円	

注1) 特定不妊治療費の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 採卵・受精後に体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E 採卵後、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

※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。

注2) 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。
注3) 男性不妊治療の助成対象となる治療は精子の回収を目的として行われる以下の手術方法です。

①精巣内精子採取術(TESE(C-TESE, M-TESE))
②精巣上体内精子吸引採取術(MESA)
③経皮的精巣上体内精子吸引採取術(PESA)
④精巣内精子吸引採取術(TESA)

注4) 院外処方が「有」の場合は、調剤に係る自己負担額を記入する必要はありません。
注5) 入院時の差額室料代、食事代、文書料、物品代、栄養補助食品代その他特定不妊治療に直接関係しない費用は含まないでください。