

年 月 日

鳴門市不妊治療費助成受診等証明書（生殖補助医療実施分）

以下のとおり、生殖補助医療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。  
医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

受診者氏名	夫		妻		今回の治療開始時の年齢
生年月日		年 月 日生		年 月 日生	歳

申請される方が記入のうえ、医療機関へ記載を依頼してください。

治療期間 <sup>注1</sup>	年 月 日 ~		年 月 日	
通算治療回数	( ) 回目			
治療内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 ( ) <input type="checkbox"/> 保険適用オプション治療 ( ) <input type="checkbox"/> 先進医療を併用 ( )			
本人負担額	診療月	保険診療分	先進医療分	合計
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	合 計			円
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 左枠に処方日を記入	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
他機関の治療	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	医療機関名		
確認事項 (先進医療を併用した場合)	<input type="checkbox"/> 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。 <input type="checkbox"/> 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併せて実施しました。 <input type="checkbox"/> 治療の開始日は令和7年4月1日以降です。 ※該当することをご確認の上、□にレ点を入れてください。当てはまらない場合は、助成の対象外となります。			

(裏面の注意事項をご確認の上、ご記載ください)

【注意事項】

注1 治療計画に基づく治療期間を記入してください。

治療計画に基づき、採卵準備前等に先進医療を行った場合は、先進医療を行った日から治療終了日までを記載してください。

注2 助成対象となる治療（生殖補助医療）は、次のいずれかに相当するもので、保険適用となるものです。

- 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、母胎の状態を整えるために1～3周期程度の間隔を空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目途が立たず治療終了
- E 受精ができず中止又は胚の分割停止、変性、多精子受精等の異常受精等による中止
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

注3 採卵準備前に男性不妊治療を実施したが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合も、助成対象となります。

注4 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5 助成対象となる先進医療は、治療計画に基づき助成対象となる生殖補助医療（注2）と併用して受けたものになります。次の場合は、助成対象外となります。

- A 先進医療を単独で受けた場合。
- B 厚生労働省から先進医療として告示されていない治療を受けた場合。
- C 先進医療の実施機関として厚生労働省へ届出又は承認されている医療機関以外で治療を受けた場合。