

様式第2号（第6条関係）

生殖補助医療受診等証明書

次の者については、保険適用及び先進医療と併用の生殖補助医療では妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと思われるため、やむを得ず全額自己負担となる「先進医療以外の治療」を組み合わせた一連の生殖補助医療を実施し、これらに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

保険医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

保険医療機関記入欄（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 (注1)	該当するものに○をつけてください。 <input type="checkbox"/> 採卵から胚移植まで <input type="checkbox"/> 胚移植のみ <input type="checkbox"/> 治療したが胚移植まで至らなかった <input type="checkbox"/> 男性不妊治療を併用した（手術名：)			
今 回 の 治 療 経 過	採卵、授精、胚移植、妊娠判定等の日程及び経過を記入してください。			
今 回 の 治 療 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 (注2)			
領 収 金 額 (今回の治 療にかかっ た診療額合 計額)	(注3) 全額自費診療に限ります。 男性不妊治療費を除く領収額 円 男性不妊治療費領収額 (注4) 円 (内、本来ならば保険診療にあたる治療部分の金額 円)			

(注1) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は補助対象となりません。

(注2) 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入してください。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。

(注3) 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

(注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入してください（令和4年4月1日以降に開始する治療に限る。）。