

様式第2号（第5条関係）

河北町不妊治療費補助金交付事業申請用証明書

下記の者について、公的医療保険が適用される生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を下記の通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

主治医氏名

印

医療機関記入欄

（ふりがな） 受診者氏名	（ ）	生年 月日	昭和 平成	年 月 日（ 歳）
治療内容 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 採卵術 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植術 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術	A・B・C・D・E・F ※該当に○（注参照）		
今回の 治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 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			
実施した 先進医療 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak） <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
保険の適用 ※該当に☑	<input type="checkbox"/> 有（保険適用 回目） <input type="checkbox"/> 無（これまで保険適用で治療された回数 回）			
今回の治療期間の徴収分 生殖補助医療に係るもののみご記入ください				
	医療費総額	高額療養給付額	本人負担額	先進医療に係る ものの金額
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
合計	円	円	⑦ 円	⑧ 円

（注）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