別記様式第２号（第５条関係）

高畠町生殖補助医療費助成事業受診等証明書

下記の者については、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極めて少ないと思われるため、高畠町生殖補助医療費助成事業の対象となる治療を行い、下記のとおり医療費を徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関名称及び所在地
主治医氏名　　㊞
電話番号

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td></td><td rowspan="2">妻</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　　月　　日(　　歳)</td><td>年　　月　　日(　　歳)</td></tr>
<tr><td>治療方法
該当治療に☑をつけてください</td><td colspan="4">保険診療　□採卵術　□体外受精　□顕微授精　□胚移植術　□精巣内精子採取術
（今回の治療内容　※該当する記号（注１参照）に〇をつけてください。
A　B　C　D　E　F）
先進医療　□PICSI　□タイムラプス　□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
□SEET 法　□子宮内膜受容能検査（ERA）　□子宮内膜スクラッチ
□IMSI　□二段階胚移植法　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日　※１</td></tr>
<tr><td>妊娠判定結果</td><td colspan="2">陽性　・　陰性　・　不明</td><td>院外処方の有無</td><td>有　・　無</td></tr>
<tr><td>治療回数等
該当の場合☑をし記入してください</td><td colspan="4">□保険診療で胚移植を目的とした治療計画に基づく一連の治療（　　回目）
□その他保険診療で実施した治療（回数に含めない治療）</td></tr>
<tr><td>治療費領収金額</td><td colspan="2">保険診療分の領収金額
円</td><td>先進医療分の領収金額
円</td><td>領収金額合計 ※2
円</td></tr>
<tr><td>主治医確認欄
該当項目に☑をつけてください</td><td colspan="4">□当院は、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。
□今回の先進医療による治療は、保険適用の治療との併用し実施しました。</td></tr>
</table>

※１　治療期間については、治療計画を作成した日から医学的に当該生殖補助医療が終了した日までを記載してください。ただし、主治医の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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※２　入院時食事療養費、文書料、個室料その他直接関係のない費用は対象外です。

【注１】

<table>
<tr><th>治療区分</th><th>治療内容</th><th>治療区分</th><th>治療内容</th></tr>
<tr><td>A</td><td>新鮮胚移植を実施</td><td rowspan="2">E</td><td rowspan="2">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り中止</td></tr>
<tr><td>B</td><td>採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施</td></tr>
<tr><td>C</td><td>以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施</td><td rowspan="2">F</td><td rowspan="2">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</td></tr>
<tr><td>D</td><td>体調不良等により移植のめどが立たず治療終</td></tr>
</table>