様式第２号（第７条関係）　　【保険医療機関用】

岡山市不妊治療費助成事業受診証明書

下記の者について、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）に係る治療を実施し、これに要した医療費（自己負担額）を下記のとおり徴収したことを証明します。

証明日（西暦）	年　月　日

医療機関コード	
保険医療機関の名称	
保険医療機関の所在地	
保険医療機関の電話番号	
主治医氏名	（自署又は記名押印）

◎　この証明書の作成については、保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関が対象となりますので、その場合は下記の欄へチェック☑を入れてください（注１、２参照）。

☐　当医療機関は、保険が適用される生殖補助医療に係る治療を行った保険医療機関である。（必須）

受診者	夫	氏　名	
	夫	生年月日（西暦）	年　月　日
	妻	氏　名	
	妻	生年月日（西暦）	年　月　日

今回の治療方法	☐ A	☐ B	☐ C	☐ D	☐ E	☐ F	☐ 体外受精	☐ 顕微受精
	＊該当する記号（注３参照）にチェックしてください。						＊A又はBの場合にチェックしてください。	

男性不妊治療	男性不妊治療の有無	☐ 有	☐ 無	精子回収の有無　☐ 有　☐ 無
	手術法：			＊男性不妊治療が有の場合にチェックしてください。

今回の治療期間（※１）	開始日（西暦）	年　月　日　～
	終了日（西暦）	年　月　日
	(男性不妊治療分)開始日（西暦）	年　月　日　～
	(男性不妊治療分)終了日（西暦）	年　月　日

今回の治療における他医療機関受診	☐ 有	☐ 無	→「有」の場合：	他の医療機関名	
				他医療機関の区分	☐ 転院元（※治療計画作成以降）　☐ 転院先

※姓と名の間はスペースを空けてください。

→裏面へつづく

(※１) 治療期間については、「１回の治療」ごとに、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）又は凍結胚移植術を行うための治療計画を作成し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（治療方法「C」を除く。以下同じ。）を行った場合は男性不妊治療を行った日から治療終了日までを記載してください。なお、「１回の治療」とは、胚移植を目的とした治療計画に基づく、採卵術（採卵術を実施するための準備を含む。）等から、胚移植術（胚移植術の結果の確認を含む。）等に至るまでの一連の治療過程を指します。また、以前に行った体外受精・顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植も「１回の治療」とします。

(注１) 助成対象となる治療は、保険が適用される体外受精及び顕微授精等の生殖補助医療（精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術（以下「男性不妊治療」という。）を含む。）として行われたものです。

(注２) 保険が適用される生殖補助医療として行われた治療と併用される先進医療は助成対象外です。

(注３) 助成対象となる治療方法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　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、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結果、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の対象となります。その場合、A～F欄は空欄としてください。

※　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。

→表面からのつづき

院外処方の有無	□ 有	□ 無

〔今回の治療にかかった医療費の領収金額（自己負担額）の合計（＊保険適用分に限る）〕

領収開始年月日（西暦）					年			月			日 ～
領収終了年月日（西暦）					年			月			日
（男性不妊治療費を除く） 領収金額（＊保険適用分に限る）		,				,				**円**	
（男性不妊治療費 ※２） 領収金額（＊保険適用分に限る）		,				,				**円**	

※下記各月明細の合計額を記載してください。

（領収金額内訳）各月明細

領収年月（西暦）	男性不妊治療（※３）	領収金額(自己負担額)（＊保険適用分に限る）	自己負担額請求時の限度額認定証又はマイナ保険証提示の有無	→「有」の場合 自己負担限度額の適用区分（※４）
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
年 月分	非該当・該当	円	有 ・ 無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外

受診者の医療保険			
	夫	保険者名	
		保険者番号	
	妻	保険者名	
		保険者番号	

※治療を行っていない者については記入不要です。

(※２) 保険が適用される生殖補助医療の実施に伴い、精巣内精子採取術（TESE）等、顕微授精につながる、保険が適用される男性不妊治療を実施した場合に、その医療費（自己負担額）を記載してください。

(※３) 同じ月に男性不妊治療と男性不妊治療を除く治療がある場合は、行を分けて領収金額等を記載してください。

(※４) 限度額認定証又はマイナ保険証の提示があった場合でも、自己負担限度額が確認できなかった等により高額療養費の適用が無い場合（受診者本人に医療費の３割負担を求めた場合等）は、「対象外」を選択してください。