様式第２号（第６条関係）

恵那市生殖補助医療受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療（先進医療を含む。）以外の治療によっては妊娠の見込がないか又は極めて少ないと思われるため、治療を実施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　　㊞
（署名又は記名押印）主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

<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>受診者生年月日
（治療開始時年齢）</td><td>年　月　日
（満　　歳）</td><td>年　月　日
（満　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="5">今回の治療方法
又は治療の経過
※1（裏面）</td><td colspan="2">Ａ　Ｂ　Ｃ　Ｄ　Ｅ　Ｆ
該当する記号（注意事項参照）に
○を付けてください。</td><td colspan="2">Ａ又はＢの場合
１．体外受精　２.顕微授精
該当する番号に○を付けてください。</td></tr>
<tr><td colspan="2">男性不妊治療を行った場合、行った手術療法を記載
（　　）</td><td colspan="2">（精子回収の有無）
１．有　２．無</td></tr>
<tr><td colspan="4">保険外診療の治療が必要であった場合はその理由を記入してください。</td></tr>
<tr><td colspan="4">先進医療を行った場合、該当する治療・検査に☑を入れてください。
☐PICSI　☐タイムラプス
☐子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）　☐子宮内膜刺激術（SEET 法）
☐子宮内膜受容能検査１（ERA 法）　☐子宮内膜擦過術（内膜スクラッチ）
☐IMSI　☐子宮内フローラ検査
☐子宮内膜受容能検査２（ERPeak）　☐二段階胚移植法
☐タクロリムス投与療法
☐その他先進医療として厚生労働省により告示されている治療及び技術
（　　）</td></tr>
<tr><td>治療期間
※２（裏面）</td><td colspan="4">年　月　日　～　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>治療の結果
（治療方法Ａ・Ｂ・Ｃの場合）</td><td colspan="4">妊娠成立　・　流　産　・　妊娠不成立</td></tr>
<tr><td rowspan="2">領収金額</td><td colspan="4">☐保険外診療を実施（要した費用の全額を記載）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
<tr><td colspan="4">☐保険診療と併せて行われた先進医療を実施（先進医療に要した費用のみ記載）
＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円</td></tr>
</table>

【注意事項】

１　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（採卵及び受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために１～３周期程度の間隔を空けた後に胚移植を行うとの医師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（原則として、余剰胚を移植した場合に限る。）

Ｄ　採卵及び受精を行ったが、体調不良等により移植のめどが立たず治療終了

Ｅ　採卵及び受精を行ったが受精卵ができない、胚の分割停止、胚の変性若しくは異常受精その他の事情により治療を中止した場合又は当該事情に類すると医師が認め治療を中止

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をいう。）は助成対象となりません。

（注２）採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、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終了した場合、男性不妊治療費のみ対象となります。

２　治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始などを行っ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を行った場合には、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。