

## 八王子市不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとお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



医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日 治療開始時の年齢を記載	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)	昭和 平成	年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法	該当する記号(注参照)に○を付けてください。 A B C D E F		A、Bの場合、該当する番号に○を付けてください。 1.体外受精 2.顕微授精	
	該当する治療内容に○を付けてください。 男性不妊治療 : 有・無		該当する治療内容に○を付けてください。 1.TESE 2.MESA 3.TESA 4.PESA	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
<small>※ 治療開始日とは、新規に助成を受けた際の治療の、採卵準備のための投薬開始日若しくは以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植を行うための投薬開始日となります。 ※ 治療終了日とは妊娠を確認又は治療を中止した日となります。</small>				
採卵日	年 月 日	(上記C以外に○をつけた場合に記載)		
体外受精・顕微授精実施日	年 月 日	(上記C及びF以外に○をつけた場合に記載)		
胚移植実施日	年 月 日	(上記A～Cに○をつけた場合に記載)		
妊娠判定実施日	年 月 日	(上記A～Cに○をつけた場合に記載)		
妊娠 ( 有 / 無 ) ※妊娠とは、胎嚢が確認された症例を指し、妊娠反応のみ陽性の症例は含まない。				
個別調査票登録の有無	有 → 症例登録番号 ※ _____ / 無			
<small>※日本産科婦人科学会UMINシステム上の個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。</small>				
領収金額	<small>※ 今回の特定不妊治療にかかった金額(保険適用外)に限ります。(男性不妊治療費分を除きます。)</small>			
	領収書の期間 → 年 月 日 ~ 年 月 日 領収金額 _____ 円			
男性不妊治療 <small>男性不妊治療受診等証明書 がある場合のみ記入</small>	<small>※ 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(指定を受けていない医療機関である場合を含む)で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から八王子市男性不妊治療受診等証明書(第6号様式)の提出を受け、主治医が領収金額と手術を実施した医療機関名を記載してください。</small> 男性不妊治療費 _____ 円 実施医療機関名 _____			

(注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・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、多精子受精などの異常受精等による中止  
 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  
 (注2) 採卵に至らないケース(侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。  
※ 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中止した場合も助成の対象となります。この場合、治療ステージは未記載としてください。

(注3) 男性不妊治療費の助成については次の通りです。  
 ・助成対象となる手術は、特定不妊治療のうち精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術であり、医療保険が適用されないものに限ります。対象となる手術は、平成27年4月1日以降(TESAについては平成28年1月20日以降)手術を実施したものに限り  
 ます。  
 ・対象となる医療機関は不妊に悩む方への特定治療支援事業の指定医療機関もしくは同機関から紹介を受けた医療機関です。  
 ・男性不妊治療費の助成の申請を行う際は、手術を実施した医療機関において、八王子市男性不妊治療受診等証明書(第6号様式)を作成してください。