

様式第 2 号（第 5 条関係）

鹿島市不妊治療費助成金（先進医療等）に係る受診等証明書

次の者については、保険診療による不妊治療と併せて行った先進医療又は保険診療外による不妊治療を実施し、これに係る治療費を次のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地及び名称

主治医

（注）本人が自署（手書き）する場合は押印不要

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

受診者		夫	妻
	氏名		
	住所		※夫婦の住所が同じ場合は記入不要
	生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療期間（※1）		年 月 日～ 年 月 日	
今回の治療方法 該当する記号に○印をつけてください。		治療ステージ（※2） A・B・C・D・E・F	AまたはBの場合 体外受精・顕微授精
今回の治療内容 該当する番号に○印をつけてください。 ※1～13以外の治療を実施した場合は、14（ ）欄に記載してください。		1 PICSI 2 タイムラプス 3 子宮内細菌叢検査（EMMA / ALICE） 4 SEET 法 5 子宮内膜受容能検査（ERA） 6 子宮内膜スクラッチ 7 IMSI 8 子宮内フローラ検査 9 子宮内膜受容期検査（ERPeak） 10 二段階胚移植法 11 マイクロ流体技術を用いた精子選別 12 反復着床不全に対する投薬（タクロリムス） 13 着床前胚異数性検査（PGT-A） 14 （ ）	
今回の治療に要した金額（※3） 円（税込）			

※1 先進医療を行った場合、治療期間については、先進医療を行った治療期間ではなく、不妊治療（保険適用のもの）を行った期間を記入してください。

※2 治療ステージについては、別表を参考にしてください。

※3 助成金の対象は、指定医療機関又は指定医療機関から紹介等を受けた医療機関での治療及び院外処方による投薬です。

別表 体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療内容		採卵まで			採精 （夫）	受精	胚移植						妊娠の 確認	助成対象 範囲
		薬品 投与 （点鼻薬）	薬品 投与 （注射）	採卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植				
							胚移植	黄体期補 充療法		薬品 投与	胚移植	黄体期補 充療法		
A	新鮮胚移植を実施											助成対象		
B	凍結胚移植を実施													
C	以前に凍結した胚を 解凍して胚移植を実施													
D	体調不良等により移植 のめどが立たず治療を 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 等により中止													
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													
G	卵胞が発育しない、又は 排卵終了のため中止												対象外	
H	採卵準備中、体調不良 等により治療中止													

※1 B：採卵・受精後、1～3周期の間隔をあけて母体の状態を整えてから胚移植を行うとの当初からの治療方針に基づく治療を行った場合

※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、若しく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又は精子は得られたがG及びHにより治療を中止した場合も、男性不妊治療は助成の対象となります。この場合の当該治療の終期は、不妊治療に係る主治医が当該不妊治療を終了したと判断した日になります。