

山梨県不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

山梨県知事殿

次のとおり、山梨県不妊治療費(先進医療)助成事業の対象となる治療を行ったことを証明します。

令和 年 月 日

所在地
医療機関名
主治医氏名

(自署または押印)

医療機関記入欄(主治医が記入すること)※ 該当することを確認の上、□に✓を入れてください。

□ 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として厚生局に登録されています。

□ 今回の先進医療による治療は、保険適用された治療(体外受精・顕微授精)と併用して実施しました。

裏面の記入もお願いします。

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
	今回の治療について	
治療期間 ※1	治療開始年月日 年 月 日	治療終了年月日 年 月 日
今回の治療	今回の治療で当てはまるものに✓してください。 <input type="checkbox"/> 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止	
患者負担(領収)額 ※2	今回の治療にかかった金額の合計 (保険診療及び先進医療の合計額) 円 ※裏面の①の金額	左記のうち、先進医療にかかった金額の合計 ⇒ 円 ※裏面の②の金額
実施した 先進医療	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に✓を入れ、実施日を記載してください。 先進医療の治療・技術名 実施年月日/実施開始年月日 (1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) 実施日: 年 月 日 (2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施開始日: 年 月 日 (3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) 実施日: 年 月 日 (4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 実施日: 年 月 日 (5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) 実施日: 年 月 日 (6) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) 実施日: 年 月 日 (7) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) 実施日: 年 月 日 (8) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) 実施日: 年 月 日 (9) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 実施日: 年 月 日 (10) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) 実施日: 年 月 日 (11) <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 実施開始日: 年 月 日 (12) <input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別(膜構造を用いた生理学的精子選択術) 実施日: 年 月 日 (13) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A) 実施日: 年 月 日 (14) <input type="checkbox"/> その他 () 年 月 日 (15) <input type="checkbox"/> その他 () 年 月 日	
※新たに先進医療として告示されたものはその他の欄に名称を記入してください。		

裏面

医療機関証明欄

患者氏名	夫(氏名)	
	妻(氏名)	
領収金額		
診療月	領収金額 (今回の治療にかかった費用(保険診療及び先進医療))	左記のうち、 <u>先進医療にかかった金額</u>
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合 計	① 円	② 円

↑ 上記金額が、助成対象です。

※①②の金額を表面の「患者負担(領収)額」に記入してください。

上記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

名称

電話番号

印

※医療機関の印がない場合は、院長名を自署の上、院長個人の印を押印ください。

【注意事項】

受診等証明書の記載内容等について照会することがありますので御了承ください。

- ※1 採卵準備のための「投薬開始」等から「妊娠の確認」等に至るまでの一連の診療過程、又は既に凍結保存されている胚を用いる場合、当該胚移植の準備から妊娠確認までの診療過程の一連の治療を分けて申請することはできません。1回の治療計画ごとに受診等証明書を作成してください。ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象となります。
- ※2 治療方針に基づき、採卵準備のための「投薬開始」前に先進医療を行った場合は先進医療を行った日を治療開始年月日としてください。
- ※3 食事療養標準負担額・個室使用料・文書料等直接治療に関係のない費用及び出産(流産、死産)に係る費用は、対象外です。