様式第1号の2(第5条関係)

三原市特定不妊治療費補助金交付申請に係る証明書(保険適用分)

次の者については、特定不妊治療（体外受精・顕微授精）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、これに係る保険適用分の医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の住所

名称　　㊞

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな)	夫	( )	妻	( )
受診者氏名				
受診者生年月日		昭和 平成　年　月　日 (歳)		昭和 平成　年　月　日 (歳)
今回の治療内容	該当する記号（１又は２）に○をつけてください。 １　保険適用の特定不妊治療のみを実施 ２　保険適用の特定不妊治療に併せて保険適用外の先進医療を実施			
	該当する治療ステージ記号（裏面※１参照）に○を付けてください。 Ａ・Ｂ・Ｃ・Ｄ・Ｅ・Ｆ・Ｍ			

補助対象となる保険適用の医療費の総額（文書料を含む。）

領収年月日　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

特定不妊治療費（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（裏面※２）

領収金額**（保険適用分に限る。）**　　円

※保険適用の特定不妊治療の自己負担額総額＋文書料の合計領収金額を記入してください。

院外処方の有無	□有　・　□無				
領収金額内訳（各月明細）	領収年月	男性不妊治療（裏面※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(裏面※４)
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外

	年　　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外
	年　　月	該当・非該当	円	有・無	ア・イ・ウ・エ・オ・対象外

その他特記事項

○今回の治療期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

※治療期間の初日は、採卵準備のための薬品投与の開始等の日としてください。なお、今回の治療に男性不妊治療が含まれる場合で採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。

○広島県特定不妊治療支援事業の治療期間　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

※今回の治療内容が「保険適用の特定不妊治療に併せて保険適用外の先進医療を実施」の場合のみ記入

主治医氏名　　㊞

（主治医が自署又は記名押印）

（※１）治療内容において、補助対象となる治療は次のいずれかに相当するものです。なお、採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は補助対象となりません。【参考】参照

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

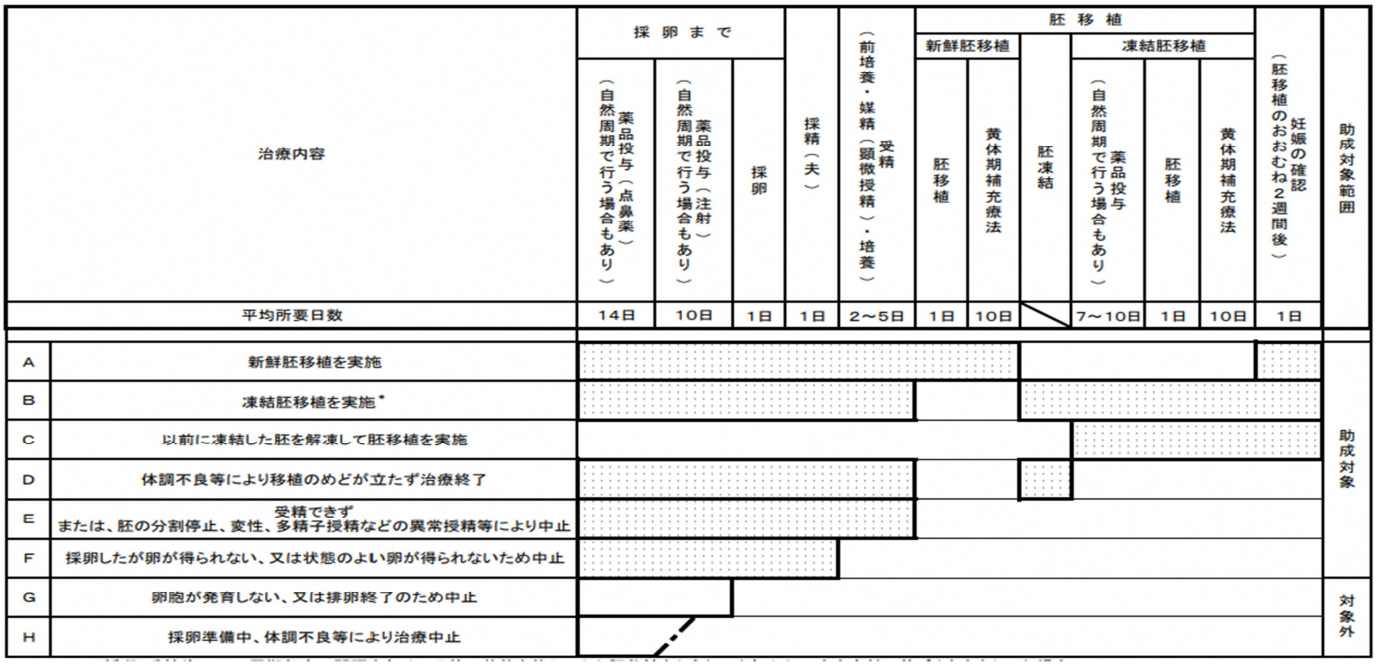
Ｅ：受精できず、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止

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

Ｍ：男性不妊治療（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）なお、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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も対象になります。

（※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には、それぞれ行を分けて記載してください。

（※４）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があった場合でも、高額療養費の適用が無く、受診者に医療費の３割負担を請求した場合等には、「対象外」を選択してください。

【参考】体外受精・顕微授精の治療ステージと補助対象範囲