

様式第2号（第6条関係）

大阪狭山市生殖補助医療等受診証明書

（あて先）大阪狭山市長

年 月 日

所在地
医療機関 名称
主治医氏名 ⑩

次の者は、公的医療保険が適用される生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと思われるため、次のとおり生殖補助医療等を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。
医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

| | | | |
|----------------|--|----------------|--|
| 受診者氏名 （ 夫 ） | | 受診者氏名 （ 妻 ） | |
| 今回の生殖補助医療の治療期間 | 年 月 日 から 年 月 日まで ※採卵準備又は凍結胚移植を実施するための投薬開始等治療を実施した日から妊娠判定を実施した日又は治療を中断した日までを記入してください。 | | |
| 生殖補助医療の内容 | (実施した生殖補助医療に係る診療報酬点数の区分に☑をつけてください。) <input type="checkbox"/> 採卵術（ <input type="checkbox"/> 採卵加算） 体外受精・顕微授精管理料（区分 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 同時） （ <input type="checkbox"/> 新鮮精子加算 <input type="checkbox"/> 卵子調整加算） <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養管理料（ <input type="checkbox"/> 胚盤胞作成加算） <input type="checkbox"/> 胚凍結保存管理料（導入時） 胚移植術（区分 <input type="checkbox"/> 新鮮胚移植 <input type="checkbox"/> 凍結・融解胚移植） （ <input type="checkbox"/> アシステッドハッチング加算 <input type="checkbox"/> 高濃度ヒアルロン酸含有培養液前処理加算） | | |
| 男性不妊治療の内容※1 | (男性不妊治療を実施した場合、実施したものに☑をつけてください。) 精巣内精子採取術（ <input type="checkbox"/> 単純なもの <input type="checkbox"/> 顕微鏡を用いたもの） | | |
| | 精巣内精子採取術を実施した日 | 年 月 日 | |
| | 精巣内精子採取術に係る自己負担額（診療報酬点数×10円×30／100※2（10円未満の端数については四捨五入） | 円 | |
| 先進医療の内容 | (生殖補助医療と併用して先進医療を実施した場合、実施した先進医療技術に☑をつけてください。) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICS I） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMS I） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> その他（ ） | | |
| | 先進医療に係る合計領収金額 | 円 | |

※1 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で男性不妊治療を実施した場合は、主治医が受診者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が男性不妊治療の内容について記入してください。
※2 自己負担割合が30／100でない場合は、実際の自己負担割合で計算してください。