

第2号様式（第6条関係）

草加市早期不妊治療費助成金対象不妊治療実施証明書

年 月 日

草加市長 宛て

次のとおり特定不妊治療（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。

（治療実施医療機関）所在地

医療機関名

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

1 治療を受けた者

夫 氏名 _____（ _____ 年 月 日生）

妻 氏名 _____（ _____ 年 月 日生）

2 今回実施した治療等（該当項目に☑）

(1) 今回実施した治療区分

A B C D E

(2) 対象の特定不妊治療（生殖補助医療）

体外受精 顕微授精 男性不妊治療（精巣内精子採取術）
（先進医療の実施 あり なし）

3 治療期間^{※1}

_____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

4 今回の治療費用の領収期間及び金額（保険診療分について患者から領収した額を記載）

_____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日

特定不妊治療
（生殖補助医療費） _____ 円

（入院室料や食事代、文書料等の
直接治療に関わらない費用を除く。）

男性不妊治療費^{※2} _____ 円

※1 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日（妊娠確認又は治療を中止した日）までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、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記載してください。
※2 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行った場合は、主治医が患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、主治医が領収金額を記載してください

医療機関様へ

- 草加市では、生殖補助医療を保険適用で受療した夫婦に対し、一度限りの助成金を支給しています
- 治療費用の領収金額は、保険診療として実施した「体外受精」「顕微授精」「胚移植」のいずれか及び男性不妊治療のうち「精巣内精子採取術」を含む治療における保険診療自己負担金の領収金額を記入してください。なお、今回実施した治療区分は下記を参考にしてください。本証明書及び本証明に係る治療に関し、草加市から貴医療機関へ問合せをする場合があります。
 <助成対象外となる費用>
 - ・タイミング法、人工授精等の一般不妊治療に係る費用、夫婦以外の第三者からの精子・卵子又は胚の提供による不妊治療、代理母、借り腹にかかる費用、保険適用されない先進医療に係る費用、入院室料、食事代、文書料（実施証明書の作成費等）等

別表：体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象区分

助成対象範囲	治療内容	採卵まで					受精 (前培養・媒精(顕微授精)・培養)	胚移植						妊娠の有無の確認 (胚移植の概ね2週間後)
		(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(点鼻薬等)	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(注射)	採卵	採精(夫)	新鮮胚移植		胚凍結	凍結胚移植					
						胚移植			黄体期補充療法	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与	胚移植	黄体期補充療法		
	平均所要日数	14	10	1	1	2~5	1	10		7~10	1	10	1	
助成対象	A 新鮮胚移植を実施													
	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に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、多精子受精等により中止													
対象外	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													
	H 採卵準備中に体調不良等により治療中止													

* 「妊娠の有無の確認」とは、陽性判定・陰性判定にかかわらず、胚移植からおおむね2週間後に確認をしたもの。
 * B:採卵・受精後、1~3周期程度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。
 * 採卵準備前に保険適用の男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、また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の男性不妊治療は助成対象となります。