

様式第 2 号（第 5 条関係）

令和 7 年度結城市不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療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、生殖補助医療（先進医療の併用も含む。）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

- ☐ 当該医療機関は、保険適用となっている生殖補助医療（体外受精及び顕微授精、男性不妊治療）を保険診療で実施している
- ☐ 当医療機関は、先進医療の実施医療機関として承認されている。
- ☐ 先進医療について、保険適用となる体外受精又は顕微授精と併用して実施している。

受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
治療内容	1 体外受精 2 顕微授精 3 男性不妊治療 4 先進医療			
妊娠の有無	有 ・ 無			
※治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
体外受精治療費	保険診療分 円		男性不妊治療	保険診療分 円
	自費診療分 円			自費診療分 円
顕微授精治療費	保険診療分 円		先進医療	※詳細については裏面に記載
	自費診療分 円			円

※ 治療期間は、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生殖補助医療終了日までを記載してください。

※ 医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中断した場合も、助成の対象です。

※ 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は対象となりません。ただし、採卵準備前に男性不妊治療を行い、精子が採取できず治療終了した場合 **は** 助成の対象です。

※ 金額は、文書料、食事代、個室料、時間外加算等の治療とは直接関係のない費用を除いて記載してください。

治療期間中に実施した先進医療の内容		
医療技術名	実施日※3	領収金額
子宮内膜刺激術（SEET法）	年 月 日	円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	年 月 日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査1（ERA）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査2（ERPeak）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）	年 月 日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	年 月 日	円
二段階胚移植術	年 月 日	円
タクロリムス投与療法	年 月 日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円
着床前胚異数性検査（PGT-A）	年 月 日	円
※医療保険適用の生殖補助医療と併用せず、単独で実施した場合は対象外となります。		