別記様式第2号（第5関係）

和歌山県生殖補助医療先進医療費助成事業受診等証明書

下記の者については、体外受精及び顕微授精による不妊治療（以下「生殖補助医療」という。）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、保険診療として生殖補助医療による治療（先進医療を含む。）を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称
所在地
電話番号
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

各項目について確認し、□にレ点を入れてください。あてはまらない場合は、助成の対象とはなりません。

□　当医療機関は、生殖補助医療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。

□　今回の先進医療による治療は、保険適用の生殖補助医療と併せて実施しました。

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　　）	妻	（　　）
受診者生年月日	夫	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）	妻	昭和 平成　　年　　月　　日（　　歳）
今回の治療期間※1	年　　月　　日　～　　年　　月　　日			
領収金額 ※2	［先進医療として告示された治療・技術にかかった費用］ （助成対象額）＿＿＿＿＿＿＿＿円			
今回の治療	□　採卵から妊娠確認検査 □　凍結胚移植から妊娠確認検査 □　胚移植実施前に当該治療を中止 （保険診療（胚移植）回数）今回の治療は（　　）回目の治療です。←必ず記入してください。			
実施した治療・技術 （先進医療） ①先進医療として告示された治療・技術であること ②厚生局に実施医療機関として登録されていること ③新しく告示された治療・技術を実施した場合は、（）内に記入してください。	□　1.子宮内膜刺激術（SEET法）　実施日：　年　月　日			
	□　2.タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養　実施日：　年　月　日			
	□　3.子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）　実施日：　年　月　日			
	□　4.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.子宮内膜受容能検査1、2（ERA、ERPeak）　実施日：　年　月　日			
	□　6.子宮内細菌叢検査1（EMMA、ALICE）　実施日：　年　月　日			
	□　7.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			
	□　8.二段階胚移植術　実施日：　年　月　日			
	□　9.子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ）　実施日：　年　月　日			
	□　10.タクロリムス投与療法　実施日：　年　月　日			
	□　11.膜構造を用いた生理学的精子選択術（マイクロ流体技術を用いた精子選別）　実施日：　年　月　日			
	□　12.着床前胚異数性検査（PGT-A）　実施日：　年　月　日			
	□　（　実施日：　年　月　日			
	□　（　実施日：　年　月　日			

（注意事項）

※1　治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植等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。
治療方針に基づき、採卵準備前等に先進医療を行った場合は、先進医療を行った日から治療終了日までを記載してください。
一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。
ただし、妊娠確認前に当該治療を中止し、その後新たに治療予定がない場合は助成の対象となります。

※2　次の費用は助成の対象となりません。
・体外受精及び顕微授精を除く不妊治療並びに不育治療（一般不妊治療）に係る費用
・全額自費で実施した不妊治療に係る費用
・食事代、差額ベッド代、文書料等直接治療に関係ない費用
・出産（流産、死産を含む）に係る費用