

姫路市特定不妊治療等に係る先進医療費助成事業

〔 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）
着床前胚染色体構造異常検査（PGT-SR） 〕 受診等証明書

下記の者については、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、生殖補助医療（及びその一環としての男性不妊治療）を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

なお、本治療については、保険適用外で実施したものです。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
今回の治療内容 ※「今回の治療」とは、助成対象となるP.G.T-A/SRを含む一連の特定不妊治療等を指します。	B C D (該当する記号(裏面参照)に○を付けてください。)		Bの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 (該当する番号に○を付けてください)	
	実施した医療技術に☑を入れてください <input type="checkbox"/> 着床前胚染色体異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> 着床前胚染色体構造異常検査（PGT-SR）			
	該当に☑を入れてください（両方に該当する場合のみ、本制度の助成対象です） <input type="checkbox"/> 当医療機関は、上記医療技術について、日本産科婦人科学会の認定を受けている <input type="checkbox"/> 上記医療技術を含め、一連の特定不妊治療等は全額保険適用外で実施したものである			
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術方法を記載してください ()			(精子回収の有無) 1. 有 2. 無
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ (男性不妊治療分) 年 月 日 ~		年 月 日 年 月 日	
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外に限る〕 ※2 生殖補助医療費 領収金額 円 (男性不妊治療費を除く) 男性不妊治療費 領収金額 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生殖補助医療の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。

※2 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象から除きます。

※他 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、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。

治療ステージ

治療内容	採卵まで				受精 (前培養・凍結(顕微授精)・培養)	胚移植					妊娠の確認 (胚移植のおおむね2週間後)	助成対象範囲	
	(自然周期で行う場合もあり) 薬品投与(点鼻薬)	(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日	10日	1日	1日	2~5日	1日	10日	7~10日	1日	10日	1日		
A	新鮮胚移植を実施												
B	PGT-A/SRを実施したうえで凍結胚移植を実施*												助成対象
C	PGT-A/SRを実施したうえで以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施												
D	PGT-A/SRを実施したうえで移植のめどが立たず治療終了												
E	受精できないまたは受精したがPGT-A/SRを実施せず治療終了												
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、体調不良等により治療中止												

*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。