

(表)

様式第4号(第6条関係)

越生町ウェルカム赤ちゃん事業(保険適用)実施証明書(生殖補助医療分)

年 月 日

(宛先)

越生町長

(治療実施医療機関)所在地

医療機関名

主治医氏名

次のとおり、生殖補助医療又は生殖補助医療に至る一環として精巣若しくは精巣上体内からの精子採取術(以下「男性不妊治療」という。)を実施し、これに係る医療費を徴収したことを報告します。

医療機関記入欄(主治医が記入してください。)

受診者氏名		夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)	
生殖補助医療	今回の治療内容	A B C D E F 該当する記号(※1)に○を付けて下さい。		日本産婦人科学会 UMIN個別調査票登録の有無 有 (症例登録番号) 無	
	不妊治療の種類	<input type="checkbox"/> 体外授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精			
	今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	領収金額	領収年月日 年 月 日 ~		年 月 日 【今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用内診療に限る】 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含めないでください。 円(※2)	
男性不妊治療	実施医療機関の名称及び所在地(※3)				
	今回の治療方法	T E S E ・ M E S A ・ その他 ()			
	今回の治療期間(※4)	年 月 日 ~		年 月 日	
	領収金額	領収年月日 年 月 日 ~		年 月 日 【今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用内診療に限る。】 文書料、個室料等の直接的な治療費でない費用は、含めないでください。 円(※2)	

(裏)

※1 助成の対象となる治療内容は、次のいずれかに相当するものです。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 凍結胚移植を実施（採卵・受精後、1～3周期程度の間隔を空けて、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）
- C 以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
- D 体調不良により移植のめどが立たず治療終了
- E 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
- F 採卵したが卵が得られない、又は状態の良い卵が得られないため中止

※2 保険診療である生殖補助医療又は男性不妊治療に要した費用を記入してください。
(本事業は保険診療と保険外診療を組み合わせる行う混合診療を認めるものではありません。)

※3 実施証明書を作成した医療機関と実施医療機関が異なる場合に記入してください。

※4 治療期間は、男性不妊治療を行うための事前検査等を行った日から治療終了日までを記入してください。
(注) 指定医療機関Aの医師が行う生殖補助医療に至る過程の一環として、Aの医師の指導に基づき、他の医療機関において男性不妊治療を行った場合は、実施証明書はAの医療機関の主治医が作成してください。