

不妊治療・不育症治療受診等証明書

下記の者については、不妊治療・不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

令和5年6月30日より、小山町不妊治療・不育症治療費助成金にかかる証明書の様式を変更いたしました。

【変更点】

- ①不妊治療(人工授精)、男性不妊、不育症と治療ごとの3枚→1枚の証明書
②治療日等の記載を減らし、簡略化

年 月 日

医療機関所在地
名称
主治医氏名

印

医療機関記入欄

	夫	妻
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
今回の治療期間	年度内の期間をご記入ください。【例】令和5年4月1日～令和6年3月31日	

区分	領収金額(本人負担額)
治療費総額	下記、内訳の治療費の合計金額と同額を記載してください。円
内 訳	人工授精治療費 円
	男性不妊治療費 円 ※該当のない治療は0円とご記入ください。
	生殖医療、先進医療等その他の治療費 円
	不育症治療費 円
	※不育症治療開始日 年 月 日
	※該当の不育症治療に☑をしてください。 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査(一次スクリーニング) <input type="checkbox"/> 夫婦染色体検査 <input type="checkbox"/> 抗リン脂質抗体検査(選択的検査) <input type="checkbox"/> 血栓性素因スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 絨毛染色体検査 <input type="checkbox"/> 低用量アスピリン療法 <input type="checkbox"/> ヘパリン療法

- 注1 人工授精治療費、男性不妊治療費、その他の治療費、不育症治療費の対象となる治療・検査については裏面をご確認ください。また、保険適用分・保険適用外分の両方が該当します。
 2 院外処方がある場合、薬局等の領収書から本人負担額を加えてください。
 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。

区 分	対象となる治療・検査																						
人工授精治療	①事前検査として実施する精子の細菌学検査費用及びH I Vなどの感染症検査に要する費用 ②採精（事前採取も含む。）に要する費用 ③精子の事前採取から人工授精当日までの凍結保存に要する費用（通常、人工授精施行当日に採取するが、夫の都合により人工授精当日に来院できない場合に限る。） ④精子の濃縮、精子の洗浄等に要する費用 ⑤排卵誘発のためのH C G注射に要する費用 ⑥精子を子宮内に注入するために要する費用 ⑦人工授精後、感染予防のため、服用する抗生剤等に要する費用																						
男性不妊治療	不妊治療に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法（T E S E）又は精巣上体内精子吸引採取法（M E S A）、その他精子を精巣又は精巣上体から採取するための手術等に要する費用。																						
生殖医療、先進医療等その他の治療費	タイミング療法、排卵誘発法、手術療法、体外受精、顕微授精等、上記、人工授精治療又は男性不妊治療に該当しない不妊治療や検査に要する費用（病気による治療は含まない。）。																						
不育症治療	① 不育症の検査に要する費用 （1）不育症のリスク因子の検査 <table border="1" data-bbox="480 898 1374 1608"> <thead> <tr> <th data-bbox="480 898 616 936">検査内容</th> <th data-bbox="616 898 858 936"></th> <th data-bbox="858 898 1374 936">検査項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="480 936 616 1137" rowspan="4">一次スクリーニング</td> <td data-bbox="616 936 858 1137" rowspan="4">抗リン脂質抗体</td> <td data-bbox="858 936 1374 1014">抗カルジオリピンβ_2グロコプロテインI（C L β_2G P I）複合体抗体</td> </tr> <tr> <td data-bbox="858 1014 1374 1052">抗カルジオリピン（C L）I g G抗体</td> </tr> <tr> <td data-bbox="858 1052 1374 1090">抗カルジオリピン（C L）I g M抗体</td> </tr> <tr> <td data-bbox="858 1090 1374 1137">ループスアンチコアグラント</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1137 616 1176"></td> <td data-bbox="616 1137 858 1176">夫婦染色体検査</td> <td data-bbox="858 1137 1374 1176"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1176 616 1608" rowspan="4">選択的検査</td> <td data-bbox="616 1176 858 1335" rowspan="2">抗リン脂質抗体</td> <td data-bbox="858 1176 1374 1254">抗P E I g G抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="858 1254 1374 1335">抗P E I g M抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）</td> </tr> <tr> <td data-bbox="616 1335 858 1529" rowspan="3">血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）</td> <td data-bbox="858 1335 1374 1373">第XII因子活性</td> </tr> <tr> <td data-bbox="858 1373 1374 1451">プロテインS活性もしくはプロテインS抗原</td> </tr> <tr> <td data-bbox="858 1451 1374 1529">プロテインC活性もしくはプロテインC抗原</td> </tr> <tr> <td data-bbox="616 1529 858 1608"></td> <td data-bbox="858 1529 1374 1608">A P T T（活性化部分トロンボプラスチン時間）</td> </tr> </tbody> </table> （2）絨毛染色体検査 ② 不育症の治療に要する費用 （1）低用量アスピリン療法 （2）ヘパリン療法（ヘパリン在宅自己注射療法を含む。）	検査内容		検査項目	一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテインI（C L β_2 G P I）複合体抗体	抗カルジオリピン（C L）I g G抗体	抗カルジオリピン（C L）I g M抗体	ループスアンチコアグラント		夫婦染色体検査		選択的検査	抗リン脂質抗体	抗P E I g G抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	抗P E I g M抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）	血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	第XII因子活性	プロテインS活性もしくはプロテインS抗原	プロテインC活性もしくはプロテインC抗原		A P T T（活性化部分トロンボプラスチン時間）
検査内容		検査項目																					
一次スクリーニング	抗リン脂質抗体	抗カルジオリピン β_2 グロコプロテインI（C L β_2 G P I）複合体抗体																					
		抗カルジオリピン（C L）I g G抗体																					
		抗カルジオリピン（C L）I g M抗体																					
		ループスアンチコアグラント																					
	夫婦染色体検査																						
選択的検査	抗リン脂質抗体	抗P E I g G抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）																					
		抗P E I g M抗体（抗フォスファチジルエタノールアミン抗体）																					
	血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）	第XII因子活性																					
		プロテインS活性もしくはプロテインS抗原																					
プロテインC活性もしくはプロテインC抗原																							
	A P T T（活性化部分トロンボプラスチン時間）																						