

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。

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 月 日 ~	年 月 日

区 分		領収金額（本人負担額）
治療費総額		円
内 訳	人工授精治療費	円
	男性不妊治療費	円
	先進医療	円
	生殖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、先進医療、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。																			
先進医療	厚生労働大臣が定める高度の医療技術を用いた治療法のうち、有効性・安全性を一定基準満たすものの、保険適用の対象となっていないもの。																			
生殖医療等 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、男性不妊治療又は先進医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。）。																			
不妊症治療	① 不妊症の検査に要する費用 （1）不妊症のリスク因子の検査 <table border="1" data-bbox="480 936 1377 1648"> <thead> <tr> <th colspan="2" data-bbox="480 936 863 974">検査内容</th> <th data-bbox="863 936 1377 974">検査項目</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="480 974 616 1216" rowspan="4">一次スクリーニング</td> <td data-bbox="616 974 863 1216" rowspan="4">抗リン脂質抗体</td> <td data-bbox="863 974 1377 1055">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="863 1055 1377 1093">抗カルジオリピン（C L）I g G抗体</td> </tr> <tr> <td data-bbox="863 1093 1377 1131">抗カルジオリピン（C L）I g M抗体</td> </tr> <tr> <td data-bbox="863 1131 1377 1169">ループスアンチコアグラント</td> </tr> <tr> <td colspan="3" data-bbox="480 1169 1377 1216">夫婦染色体検査</td> </tr> <tr> <td data-bbox="480 1216 616 1648" rowspan="4">選択的検査</td> <td data-bbox="616 1216 863 1373" rowspan="2">抗リン脂質抗体</td> <td data-bbox="863 1216 1377 1296">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="863 1296 1377 1373">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 1373 863 1648" rowspan="2">血栓性素因スクリーニング（凝固因子検査）</td> <td data-bbox="863 1373 1377 1491">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</td> </tr> <tr> <td data-bbox="863 1491 1377 1648">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）</td> </tr> </tbody> </table> （2）絨毛染色体検査 ② 不妊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）																		