

佐賀県不妊治療費助成申請に係る受診等証明書

下記の者については、保険診療による生殖補助医療を実施し、これに係る治療費を領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
受診者氏名	フリガナ	フリガナ
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
治療内容	治療ステージ 該当記号(裏面注参照)に○をつけてください A B C D E F	左の欄がA又はBの場合、該当する番号に○印をつけてください 1.体外受精 2.顕微授精
	男性不妊治療実施 無 ・ 有 1.TESE 2.MESA 3.PESA 4.TESA	精子回収の結果 1.得られた 2.得られずに治療中止
今回の治療期間 ※	年 月 日 ~	年 月 日
先進医療の実施の有無	有 ・ 無	

※今回の治療期間については、不妊治療計画策定日(保険診療開始日)から治療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。

※申請期限は、原則として一回の不妊治療が終了した日から3か月後の日(閉庁日の場合は翌開庁日)までです。
ただし、治療が1月から3月までに終了した場合の申請期限は、同年3月末日までです。

※本助成制度は、令和7年3月までに終了した治療が対象です。

(様式2号-2)

(様式2号-2) (裏面)

注)助成対象となる治療は次のD、E、Fに相当するものです

- A 新鮮胚移植を実施
 - B 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施(採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1~3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合)
 - C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
 - D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
 - E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等による中止
 - 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
- ※採卵に至らないケース(女性への侵襲的治療のないもの)は助成対象となりません。

体外受精・顕微授精の治療ステージと助成対象範囲

治療ステージ	治療内容	採卵まで				受精(前培養・媒精(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(日)	14	10	1	1	2~5	1	10		7~10	1	10	1	
A	新鮮胚移植を実施													☐ 対象外
B	凍結胚移植を実施※													
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施													
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了													■ 助成対象
E	受精できず又は、胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止													
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													対象外
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。

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態の良い精子が得られないため治療を中止した場合又は、精子は得られたがG及びHにより治療を中止した場合も男性不妊治療は助成の対象となります。この場合の当該治療の終期は、胚移植に係る主治医が当該治療を終了したと判断した日となります。