

## 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書

下記のものについては、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、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

医療機関の所在地  
及びその名称  
主治医氏名

㊞

**医療機関記入欄（主治医が記入してください）**

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )					
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日		昭和 平成 年 月 日					
今回の治療方法	A B C D E F N 該当する記号に○を付けてください。 (下記(注)を参照してください。)			左記でA～Eに○をつけた場合、 1 体外受精      2 顕微授精 該当する記号に○を付けてください。					
	男性不妊治療を行った場合は、該当する手術療法に○をつけ、実施日を記入してください (精子回収の有無)			1 有      2 無					
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">1 精巣精子採取術</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">2 精巣上体精子採取術</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">手術実施日： 年 月 日</td> </tr> </table>		1 精巣精子採取術	2 精巣上体精子採取術	手術実施日： 年 月 日			
1 精巣精子採取術	2 精巣上体精子採取術								
手術実施日： 年 月 日									
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日								
○今回の治療内容について記入してください。									
○採卵日		年 月 日		(上記C及びN以外に○をつけた場合に記載)					
○体外受精・顕微授精実施日		年 月 日		(上記C、F及びN以外に○をつけた場合に記載)					
○胚移植実施日		年 月 日		(上記A～Cに○をつけた場合に記載)					
*○妊娠判定実施日 ( + - )		年 月 日		(上記A～Cに○をつけた場合に記載)					
*○治療中断日		年 月 日		(上記D～Nに○をつけた場合に記載)					
注) *印のいずれかが、治療終了日となります。									
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無		有 → 症例登録番号 ※ _____ / 無 (日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。)							
○今回の治療に要した費用の領収年月日		(今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る)							
年 月 日		特定不妊治療費 領収金額 _____ 円 (男性不妊治療費除く)							
から 年 月 日		男性不妊治療費 領収金額 _____ 円							

(注) 助成対象となる治療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 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、又は状態のよい卵が得られないため中止  
 N 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、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止  
 (注) 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。(治療方法Nを除く)

裏面の記載の注意事項を参照ください。

## 大阪府不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書記載にあたっての注意事項

- 年月日は、医師が証明書を作成した日（患者様への交付日）を記載してください。
- 医療機関の名称は、大阪府知事に指定を受けた医療機関の名称を記載してください。
- 医療機関の印を押印する必要はありませんが、押されている証明書も無効とはしません。
- 医師氏名は、必ず証明書を作成した医師の氏名を記載してください。また、医師の押印は必ず必要です。
- この証明書は、大阪府が指定医療機関として指定した（もしくは指定を受けたものとみなした）医療機関の医師のみが作成してください。
- 治療方法は、必ず記載してください。凍結胚を移植する場合も、体外受精か顕微授精のいずれによるものであったかを必ず記載してください。また、中断した場合もいずれの方法を予定していたか記載してください。
- 今回の治療期間は、必ず記載して下さい。なお、治療期間の終期は、「治療が終わった日」または、「治療を中断した日」を記載してください。（\*印のいずれかの日となります。）
  - 「治療を開始した日」とは、採卵準備のための投薬開始日若しくは以前に行った体外受精又は顕微授精により作られた受精胚による凍結胚移植を行うための投薬開始日となります。なお、自然周期で採卵を行う場合には、投薬前の卵胞の発育モニターやホルモン検査等を実施した日が治療開始日となります。
  - 「治療が終わった日」とは、原則として胚・胚盤胞の移植（ET）実施後、妊娠判定を行ったときが該当します。（日本産科婦人科学会に報告を行った際に得た症例登録番号を記載する必要がありますので、妊娠判定までとします。）
  - 「治療を中断した場合」とは、採卵を行ったものの卵が得られなかったとき、体外受精・顕微授精ができなかったとき、受精卵が分割を始めなかったとき、胚盤胞移植を予定して胚の分割がとまったとき、胚分割のグレードが低く胚移植に適さないとき、若しくは母体保護など医師が治療を中断することが適切であると判断したときが該当します。  
なお、ステージNを除き、採卵ができなかった（女性への侵襲行為がなかった）ときは、本制度の対象にはなりませんので、ご注意ください。
  - 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特定不妊治療終了日（精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため中止した場合はその日まで）を記載してください。
- 今回の治療内容は、治療の日付を記載してください。  
なお、胚移植を目的としない採卵・採精及び胚の凍結は、本制度の対象ではありませんのでご注意ください。
- 治療内容について、一次的に行政が審査を行います。後日専門医の二次審査を受けることがあります。その際に治療内容について、特に必要と認める範囲で医師に照会を行うことがあります。
- 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票登録の有無の欄には、治療内容及びその予後についての内容を日本産科婦人科学会に UMIN 個別調査票をもって登録した際の症例登録番号を記載してください。
- 領収年月日は、「今回の治療期間」に対する医療費の支払いを受けた年月日を記載してください。  
なお、医療費は、保険外診療費に限ります。また、精子・卵子・受精胚の凍結料は助成対象としますが、凍結にかかる精子・卵子・受精胚の管理料（保存料）は助成対象になりません。また、入院費・食事代も助成対象となりません。
- 領収金額合計は、上記期間に支払いを受けた合計額を記載してください。なお、複数の診療科目を有する医療機関で、特定不妊治療とまったく関係がない医療行為の分は除いて記載してもかまいません。
- 院外処方を行った場合は、「院外処方あり（日付）」を証明書の余白に記載ください。その際、院外処方分の金額の把握が可能であれば、領収金額にその額を合算して記載してください。
- 男性不妊治療費の領収金額については、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（指定を受けていない医療機関である場合を含む）で男性不妊治療を行った場合は、主治医が患者から男性不妊治療として支払った領収書の提出を受け、主治医が領収金額を記載してください。

※申請者の申請期限は、「治療が終了した日の属する年度の末日」もしくは、「治療が終了した日の翌日から起算して14日以内」の「いずれか遅い日」です。（※当該日が土日、祝日の場合は、翌開庁日とします。）

【問合先】〒540-8570 大阪市中央区大手前2-1-22  
大阪府健康医療部保健医療室地域保健課 母子グループ  
電話：06-6941-0351(内線 2545) FAX：06-4792-1722