

◎証明書作成に当たっての説明事項

※1 治療期間については、今回の胚移植術に係る生殖補助医療の治療計画を作成した日を開始日（令和6年4月1日以降のものに限る）とし、当該生殖補助医療の終了日までを記載してください。

1回の生殖補助医療とは、採卵準備のための投薬開始から、胚移植に至るまでの一連の治療（主治医の医学的判断により妊娠反応検査を行った場合は当該妊娠反応検査を、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当該男性不妊治療を含む。）を言います。ただし、前回までの治療で作成した受精卵を用いた凍結・融解胚移植を行った場合又は胚移植に至らずその回の治療を終了した場合（別表の治療のいずれか1つを含む場合に限る。）は、実施した治療について1回の生殖補助医療とみなします。

別表

	治 療
女性	・採卵術 ・受精（体外受精又は顕微授精） ・受精卵・胚培養 ・胚凍結 ・胚移植（新鮮胚移植又は凍結・融解胚移植）
男性	・精巣内精子採取術 ・Y染色体微小欠失検査

※2 回数変更をした場合は、回数変更後、保険適用を受ける初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日を記載してください。

なお、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に精巣内精子採取術等の男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を開始した日を、治療計画を作成した日に含めて記載してください。

※3 不妊の原因を調べるための検査に係る費用、入院費、食事代、個室料、文書料は助成の対象外となりますので、自己負担額からは除いてください。

※4 今回の治療に係る院外処方による治療については、表面の保険診療分の院外処方合計額に記載してください。

