

生殖補助医療	<input type="checkbox"/> 採卵 <input type="checkbox"/> 採精（男性不妊治療を含む） <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 受精卵培養 <input type="checkbox"/> 胚培養 <input type="checkbox"/> 胚凍結保存 <input type="checkbox"/> 胚移植
	<p>【治療ステージ】該当するものに○をつけてください。</p> <p>A 新鮮胚移植を実施</p> <p>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周期程度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）</p> <p>C 以前に凍結した胚による胚移植を実施</p> <p>D 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了</p> <p>E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常等による中止</p> <p>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</p>
先進医療	<input type="checkbox"/> SEET 法 <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> PICSI <input type="checkbox"/> ERA <input type="checkbox"/> ERPeak <input type="checkbox"/> EMMA/ALICE <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた精子選別 <input type="checkbox"/> PGT-A <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）
男性不妊治療	<input type="checkbox"/> Y染色体微小欠失検査 <input type="checkbox"/> 精巣内精子採取術（単純なもの・顕微鏡を用いたもの） <input type="checkbox"/> その他（ ）
備考 ※3	

※1 採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った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不妊治療終了日までを記載してください。

※2 採卵にいたらないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は対象となりません。ただし、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、又は状態の良い卵子が得られないため治療を中止した場合に限り、採卵をしていなくても助成の対象とします。

差額ベッド代、食事代、リネン代、文書料等の不妊治療に直接関係のないものは含めないでください。

※3 領収金額に、主治医の指示により主治医の属する医療機関以外の医療機関で行った治療費や、院外処方などで支払った費用を含めた金額が記載できない場合は、当該医療機関名を記載してください。