第３号様式（第５条関係）

港区特定不妊治療費（自由診療）事業受診等証明書

（宛先）港区長　　年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

下記の者については、特定不妊治療以外の治療による妊娠の見込みがない又は極めて少ないため、特定不妊治療（注１参照）と合わせて保険適用外の治療等を実施し、治療全体が全額自己負担（自由診療）となった医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。（※保険適用外の男性不妊治療費含みます。）

記

主治医記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受給者氏名		
受給者生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）
今回の治療方法	A　B　C　D　E　F　男性不妊治療のみ（★） 該当する記号又は内容（注１参照）に〇を付けてください。	Ａ又はＢの場合 １　体外受精　２　顕微授精 該当する番号に〇を付けてください。
今回の治療期間（自由診療）	年　月　日　～　年　月　日 （胚移植を実施した日）　年　月　日	
治療費（領収金額）	今回の特定不妊治療にかかった費用＿＿＿＿＿＿円　保険適用外（自由診療）の額に限る ※男性不妊治療費含む 領収書の期間　年　月　日　～　年　月　日	
実施した治療・技術 ※①特定不妊治療（注1参照）と合わせて保険適用外の治療等を実施していること。 ※②日本産婦人科学会に登録されている医療機関であること。	今回保険適用外（自由診療）となった理由について該当する項目に☑を入れてください。 □特定不妊治療（注1参照）と合わせて保険適用外の治療等を実施した。 □特定不妊治療（注1参照）と合わせて保険適用外の薬剤を使用した。 □保険適用の回数制限をこえた治療を実施した。 □その他（　　） 今回特定不妊治療（注1参照）と合わせて実施した治療・技術・薬剤等について具体的に記載してください。	

（注１）助成対象となる治療は次のＡ～Ｆのいずれかと合わせて実施された場合に限ります。

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周期程度の間隔を空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。ＯＨＳＳ（卵巣過剰刺激症候群）等を含む。）

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、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

（★）採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。ただし、精子を採取するための手術を実施し、精子が得られなかったために治療を中止した場合に限り、採卵を実施していなくても助成対象とします。

受給者番号（港区が記載）						