

港区特定不妊治療費助成受診等証明書

下記のものについては、特定不妊治療以外の治療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徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること。)

フリガナ													
受診者氏名	対象者						配偶者						
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	A又はBの場合						
	男性治療のみ						1 体外受精 2 顕微授精						
	該当する記号(注参照)に○をつけてください。												
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (妊娠確認又は治療を中止した日)												
	採卵日(A~F)						有: 年 月 日						
	胚凍結(B~D)						有: 年 月 日						
	胚移植(A~C)						有: 年 月 日						
	胚移植できず治療終了(D)						終了日: 年 月 日						
医師がやむを得ず治療を中止した場合(E・F)						中止の判断日: 年 月 日							
今回の特定不妊治療に必要な投薬を院外処方した							有: 薬局名						
今回の特定不妊治療に必要な治療の一部を他医院に依頼した							有: 医院名						
領 収 金 額							今回の特定不妊治療にかかった医療保険適用外の合計金額 (領収書の期間 年 月 日 ~ 年 月 日) 領収金額 円 <small>※文書料、保険適用の治療費等は含みません。「精巣内精子生検採取法等受診等証明書」(第5号様式)がある場合、それに記載されている領収金額を含めた額を、上記の領収金額の欄に記入して下さい。</small>						
精子を精巣等から採取するための手術 精巣内精子生検採取法等 受診等証明書(第5号様式)がある場合のみ記入							実施医療機関名			※第5号様式の領収金額を転記してください。		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周期程度の間隔をあげ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

(注)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(医療保険適用外)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。

※ 東京都(等)に申請した治療を申請する場合はこの書類は不要です。