

特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名 印

下記の者については、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、保険診療として特定不妊治療(先進医療を含む)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。

主治医記入欄	
	夫 妻
フリガナ	
受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日 (歳) 年 月 日 (歳)
今回の治療期間 (保険診療)	年 月 日 ~ 年 月 日 (治療計画の日) (妊娠判定日または今回の特定不妊治療の中止の判断をした日 等)
保険診療の回数	今回は 回 目の治療です。(制限回数 回) 初めての治療開始時点の女性の年齢により6回または3回
胚移植の日	年 月 日 / ☐ 未移植で治療終了
治療費 (領収金額)	今回の特定不妊治療にかかった費用 円 (保険診療及び先進医療の合計額) うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用 円
実施した治療・技術 ※① 先進医療として告示された治療・技術であること。 ※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。 ※③ TRIO検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。	今回実施した治療・技術に ☒ を入れ、実施日を記入してください。 【注】(1)から(12)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(13)に記入してください。
	(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法) 実施日: 年 月 日
	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施開始日: 年 月 日
	(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) 実施日: 年 月 日
	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 実施日: 年 月 日
	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak) 実施日: 年 月 日
	(6) ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE) 実施日: 年 月 日
	(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI) 実施日: 年 月 日
	(8) ☐ 二段階胚移植法 実施日: 年 月 日
	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ) 実施日: 年 月 日
	(10) ☐ タクロリムス投与療法 実施開始日: 年 月 日
	(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別) 実施日: 年 月 日
	(12) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A) 実施日: 年 月 日
(13) ☐ [] 実施日: 年 月 日	

受給者番号(東京都が記載)

【注意事項】

- ・ 令和4年4月1日以降に開始した治療について、記入してください。
- ・ 助成の対象になる治療は、表面に記載されている先進医療のみです。
不妊検査、一般不妊治療、全額自費で実施した特定不妊治療は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。
- ・ 文書料、入院食事療養費、差額ベッド代など、直接治療に関係のない費用も対象外です。
- ・ 一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。
ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療予定がない場合は申請可能とします。

医療機関証明欄

下記項目を確認し、☒をしてください。当てはまらない場合は、助成対象外となります。

- ☐ 当医療機関は、不妊治療にかかる先進医療を実施する保険医療機関として、厚生局に登録されています。
- ☐ 下記「先進医療分」に記載した金額は、厚生労働省より告示されている治療・技術のみです。
- ☐ 今回実施した先進医療は、保険適用された特定不妊治療に含んで実施したものです。

下記について、他院での治療等で当てはまるものがあれば、☒をしてください。また、病院名をご記入ください。

- ☐ 当該患者は、今回の治療の開始前に（病院名： ）で特定不妊治療（未移植含む）を行っています。
- ☐ 今回の特定不妊治療は、（病院名： ）と連携して行っています。

※連携とは…保険診療で特定不妊治療を行う病院に加え、その一連の治療において先進医療の検査・技術を他の病院にて実施している場合を指します。
特定不妊治療にあたって他の疾患を治療している場合は含みません。

患者氏名	夫(氏名)	
	妻(氏名)	
領収金額		
診療月	表面(1)から(13)までの治療について、記入してください。	
	領収金額(保険診療分含む)	左記のうち、 <u>先進医療分</u>
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合 計	円	円

↑ 上記金額が、助成対象です。

上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 名称

所在地

管理者氏名

電話番号

医療機関コード

		1							
--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

担当者氏名

印