

特定不妊治療受診証明書

次の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の住所

名称

主治医氏名

(署名または記名押印)

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日※1 (和暦)		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F 該当する記号（注参照）に○を付けてください		AまたはBの場合 1. 体外受精 2. 顕微授精 該当する番号に○を付けてください	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。 〔 〕		(精子回収の有無) 1. 有 2. 無	
今回の治療期間※2 (和暦)	年 月 日 ~		年 月 日	
今回の治療への 保険の適用	該当する番号に○を付け、()内を記載してください。		(※胚移植術の算定回数)	
	1. 有 (保険適用 回目※) 2. 無 (これまで保険適用で治療された回数 回※)			
実施した先進医療 の内容	(該当に☑)			
	<input type="checkbox"/> P I C S I <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> S E E T 法		<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) <input type="checkbox"/> その他 〔 〕	
(該当の場合☑)				
<input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療技術に係る実施医療機関として、厚生労働大臣等に届出を行っている又は承認されている医療機関です。				
領収年月日 (和暦)	年 月 日 ~		年 月 日	
[今回の治療にかかった金額合計] 今回の治療内容に応じて、①、②のいずれか該当する方に記載してください。				
①保険診療分				
領収金額 _____ 円 (うち、先進医療技術にかかる経費 _____ 円)				
※男性不妊治療を併せて実施した場合は、その金額も含めて記載してください。				
②自費診療分				
領収金額 _____ 円 (うち、助成対象外経費 _____ 円)				
※助成対象外経費とは、治療に直接関係のない費用 (入院費、食事代、凍結胚等の管理料、保存料等)				
院外処方及び他院での治療の有無※3		有 ・ 無		
院外処方有の場合は、処方箋等発行日 (複数回ある場合はすべて記載)				

※1 年齢は、「今回の治療開始期間」欄に記載する始期の時点における年齢を記載してください。

※2 治療期間については、採卵準備又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特定不妊治療終了日までを記載してください。

※3 今回の治療にかかる、保険外の院外処方箋発行及び貴院の指導に基づく他院での治療の有無について記載してください。

(注1) 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）
- 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、または胚の分割停止、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2) 採卵に至らないケース（女性への侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。

(注3) Dについては、患者の体調悪化等により、治療を継続することは、患者の身体的・精神的負担が大きく、胚移植はもはやできないと判断された場合をさします。母体の状態を整えるため、一定の間隔をあけた後に胚移植を行う場合は一連の治療とみなすことができ、Bとして申請できます。