

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

証明書の内容について、
問い合わせをさせていただくことがあります。

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	日(歳)	年 月 日(歳)
今回の治療期間 (保険診療)	日 ~ 年 月 日 <small>(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)</small>	
保険診療の回数	今回は _____ 回目(制限回数 _____ 回) <small>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</small>	
胚移植の日	年 月 日 / <input type="checkbox"/> 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	

今回の保険診療で行った体外受精・顕微授精の期間、保険診療の回数(何回目の保険での移植にむけた治療か)を記入してください。

保険診療(体外受精・顕微授精)と併用して実施した内容にチェック☑を入れてください。当てはまらない場合は、本事業の対象外となります。

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) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)	実施日: 年 月 日
(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮	実施開始日: 年 月 日
(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過	実施日: 年 月 日
(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を	実施日: 年 月 日
(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)	実施日: 年 月 日
(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALI)	実施日: 年 月 日
(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選	実施日: 年 月 日
(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年 月 日
(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フロー	年 月 日
(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日
(11) <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	実施日: 年 月 日
(13) <input type="checkbox"/> []	実施日: 年 月 日

実施日が複数ある場合は、余白などに記入してください。

ERA検査を実施したか、ERPeak検査を実施したか判別できるように、実施した検査に○をつけてください。

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。

受給者番号(東京都が記載)									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--