

受給者番号（東京都が記載）

特定不妊治療費助成事業受診等証明書

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、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



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	対象者	()	配偶者	()
受診者生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
今回の治療方法	A B C D E F 男性治療のみ(★)			A又はBの場合 1 体外受精 2 顕微授精
		該当する記号又は内容(注1参照)に○を付けてください。		
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)			
		(胚移植を実施した日)		年 月 日
個別調査票登録の有無	有 → 症例登録番号※			無
		※公益社団法人日本産科婦人科学会UMIN(※)システム上の個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。		
領収金額※	[今回の特定不妊治療にかかった金額（保険適用外）に限る。]			
		(領収書の期間) 年 月 日～ 年 月 日		
		領収金額 円		
		※「精巣内精子生検採取法等受診等証明書」(第3号様式)がある場合は、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。		
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3号様式)がある場合のみ記入	実施医療機関名		※第3号様式の領収金額を転記してください。	
		領収金額		円

(※) 大学病院医療情報ネットワーク

(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。OHS S(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(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、採卵を実施してなくても助成対象とします。

(注2) 精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成については次のとおりです。

- ・ 助成対象となる手術は、特定不妊治療(体外受精及び顕微授精)に至る過程の一環として行われる、精巣内精子生検採取法(TESE)、精巣上体内精子吸引採取法(MESA)、経皮的精巣上体内精子吸引採取法(PESA)又は精巣内精子吸引採取法(TESA)であり、医療保険が適用されないものに限ります。助成対象となる手術は、治療期間の終了日の属する年度又はその前年度に手術を実施したものに限り(年度とは、4月1日から翌年3月31日までを指します。)
- ・ 助成対象となる医療機関は、特定不妊治療費助成事業の指定医療機関又は指定医療機関から紹介等をされた医療機関です。
- ・ 精巣内精子生検採取法等に係る医療費助成の申請を行う際は、手術を実施した医療機関において、「精巣内精子生検採取法等受診等証明書」(第3号様式)を記入します。