

【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

下記項目を確認し、の場合は、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、厚生労働省に承認されています。
- 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費です。
- 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いません。

下記について、他院での治療等で当てはまるものがある場合は、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、その患者様の治療において先進医療の診療を行う病院(提携病院)と連携して特定不妊治療にあたって他の疾患を治療している場合です。

確認後、必ずチェック☑を入れてください。

今回の申請にかかる治療が、他院から転院されて治療継続されている患者様の、貴院おける初回の治療であれば、転院元の病院名をご記載ください。

連携の例:

A病院で採卵から移植までの治療を保険で行っているが、この治療のために、A病院の紹介等のもと、B病院でTRIO検査、ERA検査、EMA検査、子宮内フローラ検査等の先進医療の検査を行う
⇒A病院とB病院双方の証明書が必要であり、双方の証明書にお互いの病院名が記載されている必要あり。
※この場合、A病院が保険診療のみでも証明書の作成が必要です。保険診療に係る部分のみご記載いただき、余白に「保険診療のみ」であることを明記ください。

患者氏名	夫(氏名)	
	妻(氏名)	
	領収金額	
診療月	表面(1)から(13)までの合計	
	領収金額(保険診療分含む)	
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
年 月分		円
合計		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

印

医療機関コード
担当者氏名