

特定不妊治療費(先進医療)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	
保険診療の回数	今回は_____回目の治療です。	
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	
<b>実施した治療・技術</b>	<p>今回実施した治療・技術に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、実施日を記入してください。  <b>【注】</b>(1)から(10)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、(11)に記入してください。</p> <p>(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法) 実施日: 月 日</p> <p>(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施開始日: 月 日</p> <p>(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) 実施日: 月 日</p> <p>(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 実施日: 月 日</p> <p>(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak) 実施日: 月 日</p> <p>(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE) 実施日: 月 日</p> <p>(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI) 実施日: 月 日</p> <p>(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 実施日: 月 日</p> <p>(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ) 実施日: 月 日</p> <p>(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 実施開始日: 月 日</p> <p>(11) <input type="checkbox"/> [ ] 実施日: 月 日</p>	

※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)

**【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を行わないと決定された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。

患者氏名	夫(氏名 )	
	妻(氏名 )	
領収金額		
診療月	表面(1)から(11)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、 <b>先進医療分</b>
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
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

\_\_\_\_\_