

保険適用終了後の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通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）】

以下について確認し、間違いがなければ、レ点を記入して下さい。

- ☐ 下記の者が今回の治療までに実施した胚移植術の実施回数の合計が、下記のとおりであり、保険診療における上限回数に達していることを確認しました。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療にかかる保険医療機関である。
- ☐ 今回の治療は保険外診療で実施しました。

（ふりがな） 受 診 者 氏 名	夫	（ ）	妻	（ ）
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 該当する記号（注参照）に○を付けて下さい		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)	
今回の治療期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日			
最初に保険診療で治療を開始した日 （回数リセットの場合はリセット後の初回）		年 月 日		
今回の治療までの回数		①	回	計 回
① 保険診療で実施した胚移植術の実施回数		②	回	
② 保険適用後回数追加助成の実施回数		③	回	
③ PGT-Aを含む特定不妊治療費助成の実施回数				
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計※保険外診療に限る〕			
	特定不妊治療費		領収金額	円

※1）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。

※2）胚移植手術の「保険診療」回数に加え、三重県特定不妊治療費及び不育症治療費等補助金交付要領に規定する「保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業（第3条）」、「着床前胚染色体異常性検査（PGT-A）」を含む特定不妊治療費助成事業（第3条の2）」による助成回数合計について、記載してください（回数上限8回、ただしPGT-A助成の場合は上限6回）

（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、母胎の状態を整えるために1～3周期の間隔をあげ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。

