

第 4 号様式（第 7 条関係）

特定不妊治療受診等証明書
(保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加用)

次の者については、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、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次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
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。）】

次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- ☐ 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、次のとおりであり、保険適用の治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、生殖補助医療に係る保険医療機関です。
- ☐ 今回の治療は、保険適用外の治療で実施しました。

(ふりがな) 受 診 者 氏 名	夫	()	妻	()
生年月日 (年 齢)	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 (※ 1 参照) に○ を付けてください。)		A又は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 (※ 3)	年 月 日 ~ 年 月 日			
最初の保険診療による治療開始日 (第 2 子以降の特定不妊治療にあつては、当該不妊治療 に係る最初の保険診療による治療開始日)			年 月 日	
今回の治療までの回数			①	回
①保険適用で実施した胚移植術実施回数			②	回
②保険適用終了後の特定不妊治療実施回数			③	回
③ P G T - A を含む特定不妊治療実施回数			計 回	
領収金額	[今回の治療にかかった金額合計 ※保険適用外の治療に限る。] 特定不妊治療費 領収金額 円			

※ 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）
- 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目途が立たず治療終了
- E 受精できず、又は、胚の分割停止、変性、多精子授精等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

※ 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。

※ 3 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の期間を記入してください。