

第6号様式（第7条関係）

特定不妊治療受診等証明書

(着床前胚染色体異数性検査 (PGT-A) を含む特定不妊治療に対する助成用)

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特定不妊治療の実施回数の合計は次のとおりです。
- ☐ 2回以上の特定不妊治療による胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦、又は2回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦又は夫婦のいずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座等をいう。）が確認されている夫婦です。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療に係る保険医療機関であり、着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）実施医療機関として承認されています。
- ☐ 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っては、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保険適用で実施した胚移植術実施回数 ②保険適用終了後の特定不妊治療実施回数 ③PGT-Aを含む特定不妊治療実施回数		① 回 ② 回 ③ 回	計 回 (※4)
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。

※4 PGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成の回数は1子あたり6回を限度とします。ただし、治療期間の初日において保険適用で実施した胚移植術実施回数、保険適用終了後の特定不妊治療に係る助成を受けた回数及びPGT-Aを含む特定不妊治療に係る助成を受けた回数並びに三重県内の他市町で助成を受けた回数と通算して1子あたり8回を超える場合は、助成の対象となりません。