

受給者番号（文京区が記載）

文京区不妊治療費（自由診療）助成事業受診等証明書

次の受診者については、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）以外の治療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（裏面注1参照）と併せて保険適用外の治療等を実施し、治療全体が全額自己負担（自由診療）となった医療費を以下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。）

（自署又は記名押印してください。）

（ふりがな） 受診者氏名	対象者 （ ）	配偶者 （ ）
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の治療	A B C D E F 該当する記号(裏面注1参照)に○をつけてください。	
特定不妊治療 （裏面注1参照） と併せて 実施した 治療・技術 （該当する項目にチェックしてください。記載のない治療・技術は空欄に記入してください。） ※特定不妊治療 （裏面注1参照） と併せて保険適用外の治療等を実施していること	今回保険適用外（自由診療）となった理由について該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療（裏面注1参照）と併せて保険適用外の治療等を実施した。 <input type="checkbox"/> 特定不妊治療（裏面注1参照）と併せて保険適用外の薬剤を実施した。 <input type="checkbox"/> 保険適用の回数制限を超えた治療を実施した。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法） (2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 (3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） (4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） (5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA, ERPeak） (6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE） (7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI） (8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 (9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ） (10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 (11) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術（マイクロ流体技術を用いた精子選別） (12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） (13) <input type="checkbox"/> その他（ ）	
今回の治療期間 （自由診療）	年 月 日～ 年 月 日（妊娠確認又は治療を中止した日） （採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等の日から治療終了日） （胚移植を実施した日） 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 未移植で治療終了	
領収金額	（領収書の期間） 年 月 日～ 年 月 日 今回の治療における領収金額 円 保険適用外（自由診療）の額に限る。	

別記様式第3号（第7条関係）

（注1）助成対象となる治療は、次のA~Fのいずれかと併せて実施した場合に限ります。

- 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、母体の状態を整えるために1~3周期程度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。OHS S（卵巣過剰刺激症候群）等を含む。）
- 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的が立たず治療終了
- E 受精できない、又は胚の分割停止、変性、多精子授精などの異常授精等により中止
- 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