

渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金受診等証明書

フリガナ 氏 名	申 請 者		配 偶 者	
生年月日		年 月 日		年 月 日

※上記を申請者が記入し、医療機関に証明欄の記入を依頼してください。

※医療機関（主治医）が記入してください。裏面に医療費に関する証明欄がありますので記入をお願いします。

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の自己負担額を徴収したことを証明します。					
年 月 日					
医療機関名・所在地					
主治医氏名 印 <small>（自署又は記名押印してください）</small>					
治 療 内 容	治療方法	区分A、区分Bごとに、実施したものすべてに ○ をつけてください。			
		A	採卵 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 胚移植		
		B	先進医療 ・ 男性不妊治療 ※実施した場合は下記に内容を記入してください。		
	先進医療  ※実施した場合 に記入	実施した先進医療技術名に ✓ をつけてください。			
		<div><div><input type="checkbox"/> PICSJ <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak）</div><div><input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> その他（ ）</div></div>			
	男性不妊治療  ※実施した場合 に記入	実施した男性不妊治療法に ✓ をつけてください。			
		<div><div><input type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE） <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引採取法（MESA）</div><div><input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引採取法（TESA）</div></div>			
		他医療機関で実施した場合は実施医療機関名を記載してください。		精子回収の有無 ( 有 ・ 無 )	
	今回の治療期間	年 月 日 から 年 月 日 ※ まで			
		治療終了日区分 <input type="checkbox"/> 妊娠判定（有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 治療中止	1回目の治療開始時の 妻の年齢 ( 歳 )	今回の治療開始時の 妻の年齢 ( 歳 )	

助成対象 ※治療に直接関係のない費用（入院室料、食事療養費、文書料等）は対象外です。

- 1 保険診療の対象となる生殖補助医療（胚凍結保存維持管理料は除く）
- 2 保険診療の対象となる生殖補助医療の一環として行った男性不妊の手術
- 3 保険診療の対象となる生殖補助医療と併用して行った先進医療

※ 投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は男性不妊治療のみ助成対象とします。

治療期間

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※裏面の記入もお願いします。

※ 治療に要した費用と記入された方のご連絡先を記入してください。

担当者名：

電話番号：（            ）

1 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く）

男性不妊治療費を除く生殖補助医療費を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額	
		保険診療	先進医療
年        月分	日	円	円
年        月分	日	円	円
年        月分	日	円	円
年        月分	日	円	円
年        月分	日	円	円
年        月分	日	円	円
合計		①                  円	②                  円

2 男性不妊治療費        ※実施した場合に記入

※主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書の提出を受け、領収金額を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額
		保険診療
年        月分	日	円
年        月分	日	円
合計		③                  円

3 院外処方分        ※院外処方があった場合に記入

※患者から薬局発行の領収書の提出を受け、医療機関が領収金額を記入してください。

診療月	患者区分	領収金額	
		保険診療	先進医療
年        月分	夫・妻	円	円
年        月分	夫・妻	円	円
年        月分	夫・妻	円	円
年        月分	夫・妻	円	円
年        月分	夫・妻	円	円
年        月分	夫・妻	円	円
合計		①                  円	②                  円

渋谷区不妊治療（生殖補助医療）医療費助成金受診等証明書

フリガナ 氏 名	申 請 者	シブヤ 渋谷 ○ ○	配 偶 者	シブヤ 渋谷 ▲ ▲
生年月日		〇〇〇〇 年 5 月 5 日		〇〇〇〇 年 3 月 3 日

申請者が記入する欄

※上記を申請者が記入し、医療機関に証明欄の記入を依頼してください。

※医療機関（主治医）が記入してください。裏面に医療費に関する証明欄がありますので記入をお願いします。

上記の者について不妊症と診断し、下記のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の自己負担額を徴収したことを証明します。

項目すべての記入と押印（自署は不要）をお願いします。年 月 日

医療機関名・所在地

主治医氏名

（自署又は記名押印してください）

印

区分Aは必ずいずれかに○をつけてください

治療内容	治療方法	区分A、区分Bごとに、実施したものすべてに ○ をつけてください。	
		A	採卵 ・ 体外受精 ・ 顕微授精 ・ 胚移植
	B	先進医療 ・ 男性不妊治療	※実施した場合は下記に内容を記入してください。
	先進医療	実施した先進医療技術名に ✓ をつけてください。	
		<div><div><input type="checkbox"/> PICSI <input checked="" type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input checked="" type="checkbox"/> SEET法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査（ERPeak）</div><div><input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> IMSI <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> その他（ ）</div></div>	
男性不妊治療	実施した男性不妊治療法に ✓ をつけてください。		
	<div><div><input checked="" type="checkbox"/> 精巣内精子生検採取法（TESE） <input type="checkbox"/> 精巣上体内精子吸引採取法（MESA）</div><div><input type="checkbox"/> 経皮的精巣上体内精子吸引採取法（PESA） <input type="checkbox"/> 精巣内精子吸引採取法（TESA）</div></div>		
	他医療機関で実施した場合は実施医療機関名を記載してください。		精子回収の有無 （有 ・ 無）
今回の治療期間	20●● 年 7 月 1 日 から 20●● 年 8 月 31 日 ※ まで		
	治療終了日区分 <input checked="" type="checkbox"/> 妊娠判定（有 ・ 無） <input type="checkbox"/> 治療中止	1 回目の治療開始時の妻の年齢 （ 36 歳）	今回の治療開始時の妻の年齢 （ 37 歳）

医療機関（主治医）が記入する欄

助成対象 ※治療に直接関係のない場合は対象外です。

- 1 保険診療の対象となる生殖補助医療
- 2 保険診療の対象となる生殖補助医療
- 3 保険診療の対象となる生殖補助医療と併用した先進医療

※ 投薬のみで採卵前に治療を中止した場合は助成対象外です。ただし、採卵前に男性不妊治療を行った方で、精子が採取できない等の理由で治療を中止した場合は男性不妊治療のみ助成対象とします。

治療期間

採卵準備又は凍結胚移植を行うために投薬開始等を行った日から治療終了日（妊娠判定または治療を中止した日）までを記入してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療の治療終了日までを記載してください。

※裏面の記入もお願いします。

実施の有無ではなく、判定の結果を記入してください

※ 治療に要した費用と記入された方のご連絡先を記入してください。

担当者名：   △△  
電話番号：   00   （ 0000 ） 0000

1 生殖補助医療費（男性不妊治療費を除く）

男性不妊治療費を除く生殖補助医療費を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額	
		保険診療	先進医療
20●●年   7 月分	10 日	100,000 円	60,000 円
20●●年   8 月分	4 日	50,000 円	円
年   月分	日	円	円
年   月分	日	円	円
年   月分	日	円	円
年   月分	日	円	円
合計		①   150,000 円	②   60,000 円

2 男性不妊治療費   ※実施した場合に記入

※主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、患者から領収書の提出を受け、領収金額を記入してください。

診療月	受診日数	領収金額
		保険診療
20●●年   7 月分	3 日	60,000 円
年   月分	日	円
合計		③   60,000 円

3 院外処方分   ※院外処方があった場合に記入

※患者から薬局発行の領収書の提出を受け、医療機関が領収金額を記入してください。

診療月	患者区分	領収金額	
		保険診療	先進医療
20●●年   7 月分	夫・妻	5,000 円	円
年   月分	夫・妻	円	円
年   月分	夫・妻	円	円
年   月分	夫・妻	円	円
年   月分	夫・妻	円	円
年   月分	夫・妻	円	円
合計		①   5,000 円	②   円

医療機関が記入する欄