

不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称  
所在地  
電話番号  
主治医氏名

印

(※主治医が自署又は記名押印)

下記のとおり、不妊治療費助成事業の対象となる不妊治療を実施したことを証明します。

<医療機関記入欄> (該当することを確認の上、□にレ点を入れてください。当てはまらない場合は、助成の対象外となります。)

- 当医療機関は、不妊治療に係る先進医療を実施する保険医療機関として承認されています。
- 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併せて実施しました。

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	( )	( )
受診者生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間(※1)	年 月 日	年 月 日
今回の治療内容 について	A・B・C・D 該当する治療ステージ記号(裏面参照)	
	今回は 回目の保険 今回の治療は当てはまるものにしてください。 <input type="checkbox"/> 排卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 妊娠確認前に当該治療計画を中止	
今回の治療に係る 領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日	
今回の治療に係る 領収金額(※2)	(うち先進医療に係る領収金額 円) (うち本証明書への記載料 円)	
実施した 先進医療	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) <input type="checkbox"/> 子宮内細胞薬検査1(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> タクムラブ <input type="checkbox"/> 子宮内麻酔 <input type="checkbox"/> 子宮内膜炎 <input type="checkbox"/> 二段階胚移植	

治療計画に基づき、1治療計画分を記載してください。

次頁参照

領収年月日は、今回補助対象となる先進医療部分に係る領収年月日を記載ください

( ①+②の金額 ) 円 (うち先進医療に係る領収金額 ① 円)  
(うち本証明書への記載料 ② 円)  
! 不妊治療全体の額ではありませんのでご注意ください !

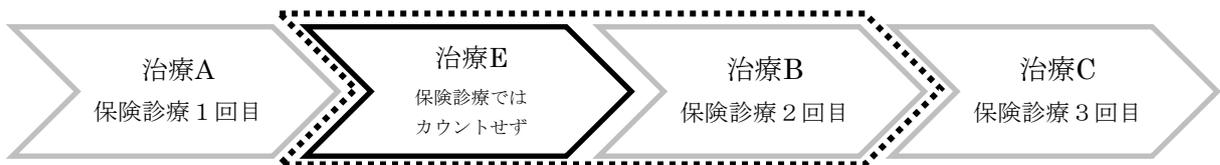
医療機関ご担当者様

- この証明書は、『不妊治療費助成事業』において、申請者が助成金を申請する際に必要な書類です。
- 証明書を発行していただく際は、裏面注意事項にご留意のうえ、ご記入くださるようお願いいたします。  
なお、記載内容等にご不明な点等がありましたら、お問い合わせ先までご連絡ください。

## ○治療ステージがD、E、Fの場合の回数の取扱い

移植に至っていないため保険診療の回数としてはカウントしないが、助成回数は「保険診療の取扱いに準じる」としているため、「保険診療1回」につき「助成1回」となるようにする。具体的には、次に実施した保険診療と一体として扱う。

例



### 【治療Eのみで助成を申請する場合】

治療ステージ：E

保険診療回数：「今回は2回目の保険診療です」

☑欄：妊娠確認前に当該治療計画を中止

①治療Bの助成申請は不可（保険診療2回目に対する助成枠は申請済みのため）

### 【治療Eと治療Bを合算して申請する場合】

治療ステージ：E、B（2か所に○）

保険診療回数：「今回は2回目の保険診療です」

☑欄：採卵から妊娠確認 妊娠確認前に当該治療計画を中止（2か所に✓）