

相模原市特定不妊治療費助成事業受診等証明書
(保険適用への円滑な移行支援分)

下記の者については、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か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下記の通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)

※申請期間は、治療終了後、60日以内です。

(ふりがな) 受診者氏名	夫 ()	妻 ()
受診者生年月日	昭和 平成 年 月 日 (歳)	昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法	A B C D E F 該当する記号 [注参照] に○を付けてください	Aまたは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
	特定不妊治療実施医療機関と同一の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、該当する番号に○を付けてください 〔手術日 年 月 日〕 1. TESE 2. MESA 3. TESA 4. PESA 5. その他 ()	精子回収の有無 1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日※1 [採卵 年 月 日 ~ 年 月 日] 採卵日*: 年 月 日 [移植 年 月 日 ~ 年 月 日] 凍結日*: 年 月 日 *治療方法Cの場合も記入してください	
日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無	有 → 症例登録番号※2 ()	無
領収金額 (保険外診療に限る※3)	[今回の治療にかかった金額合計] 特定不妊治療費 (男性不妊治療費除く) 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費 領収金額 _____ 円	

※1) 治療開始日(治療方法Cの場合は採卵日)が、令和4年3月31日以前の治療が対象です。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を記載してください。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特定不妊治療終了日までを記載してください。また、採卵から移植までの期間が4周期以上あいた場合は、それぞれの期間を記載してください。

※2) 日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票に登録した症例登録番号を転記してください。

※3) 先進医療の治療費、文書料、入院室料、室料差額、サプリメント代、食事療養費等の直接治療に関わらない費用、凍結胚等の保存料、男性不妊治療の検査費用、神奈川県がん患者妊孕性温存治療費助成事業の助成を受けた治療費は助成対象外です。

(注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、母体の状態を整えるために1~3周期程度の間隔をあ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めどが立たず治療終了
E 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子授精など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

※採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象になります。

(注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。