

受診等証明書の変更点に関する記載の注意事項

(表面)

第2号様式(第5関係)

不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

下記の者については、生殖補助医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、**保険診療として**生殖補助医療並びに先進医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

主治医記入欄

	夫	妻																								
フリガナ																										
受診者氏名																										
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)																								
今回の治療期間 (保険診療)	年 月 日 ~ 年 月 日 (治療計画の日) (妊娠判定日または今回の生殖補助医療の中止の判断をした日 等)																									
保険診療の回数	今回は _____ 回目の治療です。(制限回数 _____ 回) 初めての治療開始時点の女性の年齢により6回または3回																									
胚移植の日	年 月 日 / ☐ 未移植で治療終了																									
治療費 (領収金額)	今回の生殖補助医療にかかった費用 _____ 円 (保険診療及び先進医療の合計額) うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用 _____ 円																									
実施した治療・技術	今回実施した治療・技術に ☒ を入れ、実施日を記入してください。 【注】(1)から(11)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(12)に記入してください。 <table><tbody><tr><td>(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td><td>実施開始日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(5) ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(6) ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(8) ☐ 二段階胚移植法</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(9) ☐ 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(10) ☐ 膜構造 (マイク) _____</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(11) ☐ 着床前胚異数性検査 (PGS-A)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(12) ☐ [_____]</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr></tbody></table> ※① 先進医療として告示された治療・技術であること。 ※② 厚生局に実施医療機関として登録されていること。 ※③ TRIO検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。 該当の治療期間内に院外処方を行った場合は、こちらの記載欄に記載をお願いいたします。		(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)	実施日: 年 月 日	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日: 年 月 日	(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	実施日: 年 月 日	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	実施日: 年 月 日	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)	実施日: 年 月 日	(6) ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)	実施日: 年 月 日	(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	実施日: 年 月 日	(8) ☐ 二段階胚移植法	実施日: 年 月 日	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)	実施日: 年 月 日	(10) ☐ 膜構造 (マイク) _____	実施日: 年 月 日	(11) ☐ 着床前胚異数性検査 (PGS-A)	実施日: 年 月 日	(12) ☐ [_____]	実施日: 年 月 日
(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)	実施日: 年 月 日																									
(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日: 年 月 日																									
(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	実施日: 年 月 日																									
(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	実施日: 年 月 日																									
(5) ☐ 子宮内膜受容能検査(ERA,ERPeak)	実施日: 年 月 日																									
(6) ☐ 子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)	実施日: 年 月 日																									
(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	実施日: 年 月 日																									
(8) ☐ 二段階胚移植法	実施日: 年 月 日																									
(9) ☐ 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)	実施日: 年 月 日																									
(10) ☐ 膜構造 (マイク) _____	実施日: 年 月 日																									
(11) ☐ 着床前胚異数性検査 (PGS-A)	実施日: 年 月 日																									
(12) ☐ [_____]	実施日: 年 月 日																									
院外処方の有無	☐ あり ☐ なし																									
院外処方を行った日	年 月 日	年 月 日																								
	年 月 日	年 月 日																								
	年 月 日	年 月 日																								

受給者番号(東京都が記載)

(日本産業規格A列4番)

(裏面)

- ・ 令和8年4月1日以降に開始した治療について、記入してください。
- ・ 不妊検査、一般不妊治療、全額自費で実施した生殖補助医療は対象外ですので、記載しないでください。
- ・ 出産（流産、死産を含む）に係る費用は対象外です。

ど、直接治療に関係のない費用も対象外です。
ん。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。
な治療予定がない場合は申請可能とします。

1、☒をしてください。

となります。

を実施する保険医療機関として、厚生局に登録された労働省より告示されている治療・技術のみで、生殖補助医療に含んで実施したものです。

該当月に窓口にてマイナ保険証や限度額適用認定証などで限度額適用認定証区分を確認しており、領収金額に限度額が適用されている月については、窓口で確認した限度額適用認定証区分を妻・夫別に記載してください。

(窓口で確認しておらず、領収金額に限度額が適用されていない場合は記載不要です。)

限度額適用
認定証区
る月につ
ださい

各月の限度額適用
認定証区分

[illegible]

従前の様式は、保険診療分と先進医療分の領収金額の合計を記載する欄でしたが、保険診療分の領収金額のみを記載する欄に変更いたしました。（夫婦の領収金額の合計を記載します。）

ただし、領収金額内に夫分の領収がある月につきましては、「うち夫分」の記載欄に記載してください。

領収金額(保険診療分)及び領収金額(先進医療分)の合計額

医療機関コード

表面の院外処方を行った日に対応する調剤
年月日及び領収金額を薬局で証明いただく
欄です。

藥局證明欄

調剤年月日	領収金額	調剤年月日	領収金額	調剤年月日	領収金額
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
合 計					

~~上記のとおり領収したことを証明します。~~

年 月 日

薬局の 名称

所在地

管理者氏名

電話番号

~~医療機関コード~~

印

担当者氏名