様式第６号（第７条関係）

記入例

伊勢市特定不妊治療医療費助成金に係る医療機関等証明書
（着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療用）

次の者については、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、たことを証明します。

治療が終了してから６か月以内の日付を記入してください。

年　　月　　日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

主治医氏名を記載し、主治医の印もお願いします

【医療機関記入欄（主治医が記入すること）】

以下について確認し、間違いがなければ、全てにレ点を記入してください。

□　次の者が今回の治療までに実施した胚移植術の実施回数の合計が、以下のとおりである。

□　次の者は、２回以上の体外受精胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦又は２回以上の流死産の既往を有する不育症の夫婦　　常（均衡型染色体転座など）が確認され

※訂正のある場合

二重線を引き、その上に主治医印を押印してください。

□　当医療機関は、生殖補助医療に係る保険医療機関であり、着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）実施医療機関として承認されている。

□　今回の治療は、保険外診療で実施しました。

（ふりがな） 受診者氏名 生年月日	夫	（　　） 年　月　日（　歳）	妻	（　　） 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。）			
今回の治療期間　※１	年　月　日　～　年　月　日			
保険診療で治療を開始した日（回数リセットの場合は、リセット後の初回）	年　月　日			
今回の治療までの実施回数 ① 保険診療で実施した胚移植術の実施回数 ② 保険適用後回数追加助成の実施回数 ③ PGT-A を含む特定不妊治療費助成の実施回数	①　回 ②　回 ③　回	計　回 ※２		
領収金額	〔今回の治療にかかった金額合計　※保険外診療に限る。〕 特定不妊治療費　領収金額　円			

※１）　治療期間について　採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬　から治療終了日までを記載してください。

※２）　ＰＧＴ－Ａを含　施した胚移植術の実施回数、保険適用終了　た回数並びに三重県内の他市町で助成を受け

※保険外診療に限ります。

食事代、室料、文書料、凍結保存に係る経費等を除きます。

（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、母胎の状態を整えるために１～３周期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、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

（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。