

記入例

様式第4号(第7条関係)

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（保険適用終了後の特定不妊治療用）

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、これに係る医療費を以下のとおり徴収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。

※訂正のある場合
印を押し、訂正印を押印して
ください。

所在地
主治医氏名

該当する箇所にし点を
つけてください。

【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、し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、以下のとおりであり、保険診療における上限回数に達していることを確認しました。
- 当医療機関は、生殖補助医療に係る保険医療機関である。
- 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 ※	年 月 日 ~ 年 月 日	
最初に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	
今回の治療までに保険診療で 実施した胚移植術の実施回数	回	
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	

※ 治療期間については、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周期の間隔を空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）

※保険外診療に限ります。

他の地方公共団体から助成を受けた特定不妊治療に要する経費、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

- 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周期の間隔を空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。