

区の助成金額について

東京都に提出した証明書

特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

※実際には日付や医療機関名称等が記載されます

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、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、**保険診療として**特定不妊治療(先進医療を含む)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	北区 太郎	北区 花子																										
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特定不妊治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)	今回の特定不妊治療にかかった費用 120,000 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 90,000 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(12)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、(13)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) ☐ タクロリムス投与療法</td><td>実施開始日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(12) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr><tr><td>(13) ☐ []</td><td>実施日: 年 月 日</td></tr></tbody></table>		(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) ☐ タクロリムス投与療法	実施開始日: 年 月 日	(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	実施日: 年 月 日	(12) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)	実施日: 年 月 日	(13) ☐ []	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) ☐ タクロリムス投与療法	実施開始日: 年 月 日																											
(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	実施日: 年 月 日																											
(12) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)	実施日: 年 月 日																											
(13) ☐ []	実施日: 年 月 日																											

実施した治療・技術

※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。

受給者番号(東京都が記載)

特定不妊治療費（先進医療）助成承認決定通知書

年 第 号
月 日

北区 花子 様

東京都知事

○ 年 ○ 月 ○ 日付けで申請のあった特定不妊治療（先進医療）の費用に係る助成については、・・・・・・・・・・。

記

受給者番号

助成金額

金 63,000 円 ②

助成対象年度

年度

過去の支給実績
（対象年度）

（回数）

区の助成金の考え方

①：90,000円－②：63,000円
＝27,000円

先進医療にかかった費用から、
東京都からの助成金額を除く、
27,000円が区への申請額になります。

※区の助成上限は50,000円です