

着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業受診等証明書

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とお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。）】

以下について確認し、間違いがなければ、レ点を記入してください。

- ☐ 下記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、下記のとおりである。
- ☐ 下記の者は、2回以上の体外受精肺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である。あるいは、夫婦いずれかに染色体構造異常（均衡型染色体転座など）が確認されている。
- ☐ 当医療機関は、生殖補助医療にかか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	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）		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			
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		
今回の治療までの回数	① 保険診療による胚移植術の実施回数		回	計 回 ※2
	② 保険適用終了後の回数追加助成の実施回数		回	
	③ PGT-Aを含む特定不妊治療費助成の実施回数		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

※1 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。

※2 胚移植術の「保険診療」回数に加え、紀北町特定不妊治療費及び不育症治療費等補助金実施要綱に規定する「保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成回数追加事業（第17条）及び「着床前胚染色体異数性検査（PGT-A）を含む特定不妊治療費助成事業（第17条の5）」による助成回数の合計について、記載してください。（回数上限8回）

（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周期の間隔をあげ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、多精子受精などの異常受精等による中止

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。