

稲城市不妊治療費受診証明書
(回数超過・年齢超過による医療保険適用外の自費診療分)

【重要】記入前にご確認をお願いします。

稲城市では、45歳未満（治療開始時の女性の年齢）の方の生殖補助医療及び先進医療に係る不妊治療費を助成しております。下記①・②については、東京都の「不妊治療費助成事業受診等証明書」をご使用ください。当該証明書は③、④の申請の場合のみご使用ください。

①医療保険適用の生殖補助医療と併用した【先進医療分】に対して（令和8年3月31日以前に治療開始）

②【医療保険適用の生殖補助医療分及び先進医療分】に対して（令和8年4月1日以降に治療開始）

③・④不妊治療の医療保険が適用される回数超過③、年齢超過④による【自費診療】及び【先進医療】

ただし、「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合は対象となりませんので、予め医療機関にご確認のうえ、受診等証明書の記入をご依頼ください。

（自費診療時においても、医療保険適用範囲内の方法であることが必要です）

ては、

少ないと思わ

10月11日

主治医印

印

☒ 今回の治療は、(1) 夫婦以外の第三者からの精子、卵子及び胚の提供 (2) 代理母 (3) 借り腹 のいずれにも該当しておりません。	
（ふりがな） 受診者等の氏名	受診者 (いけはな 稲城市 受診等証明書の「今回の治療期間」の開始日時時点の年齢を記入。※女性の年齢が45歳未満の場合に申請ができます。)
受診者の生年月日等 （和暦）	昭和● 年 5 月 8 日 生 昭和● 年 2 月 2 日 生 「今回の治療期間」欄の始期時点の年齢 44 歳 「今回の治療期間」欄の始期時点の年齢 40 歳
今回の治療期間 （和暦）	令和● 年 6 月 10 日(※) ～ 令和● 年 8 月 29 日（妊娠を確認又は治療を中止した日） (※) 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。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った男性不妊治療を行った日から、特定不妊治療終了日までを記載してください。
今回の治療方法	B C D E F A又はBの場合 (詳しくは裏面参照) 1 体外受精 2 顕微授精 該当する記号（注参照）に○を付けてください。 該当する番号に○を付けてください。
回数超過による 自費診療 （申請にかかる 対象区分…③）	☐ 回数超過に該当します。（これまでの医療保険適用での治療回数 ____ 回） ☐ 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外での不妊治療は行っていません。 ☐ 仮に回数超過をしていない場合、本治療内容は医療保険の請求ができる内容であることを認めます。
年齢超過による 自費診療 （申請にかかる 対象区分…④）	☒ 年齢超過に該当します。 ☒ 「医療保険」及び「先進医療」の範囲外での不妊治療は行っていません。 ☒ 仮に年齢超過をしていない場合、本治療内容は医療保険の請求ができる内容であることを認めます。
先進医療 実施の場合に記入 （該当に ☒ ）	(今回実施した先進医療技術名（厚生労働省が告示した名称）を記入) 子宮内膜刺激術（SEET法） ☒ 当医療機関は、今回の先進医療を実施する保険医療機関として、届出又は承認されています。
治療費総額	[今回の治療にかかった金額合計] 治療費総額 730,000 円 ※「医療保険」及び「先進医療」の範囲外の方法で不妊治療を受けた場合は、治療費総額の全額が対象となりません。 治療費総額には、この証明書発行代（文書料）も含めてご記入ください。期間) 20●● 年 7 月 7 日 ～ 20●● 年 9 月 15 日 今回の治療における領収金額合計 730,000 円 ※未納金がない場合は、上欄の治療費総額と同額を記入

(注) 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、母体の状態を整えるために1～3周期程度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) 採卵に至らないケース（侵襲的治療のないもの）は助成対象となりません。