

山梨県不妊治療費（保険適用外となる治療）助成事業 受診等証明書

山 梨 県 知 事 殿

裏面の記入をお願いします。

次のとおり、山梨県不妊治療費（保険適用外となる治療）助成事業の対象となる治療を行ったことを証明します。

年 月 日

所 在 地  
医 療 機 関 名

主 治 医 氏 名

（自署または押印）

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	夫	妻
フリガナ		
受診者氏名		
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療期間（※1）	治療開始年月日 年 月 日 ～	治療終了年月日 年 月 日
保険適用外となる理由	本事業は、以下のいずれかに該当することにより、保険適用外となった治療を助成の対象としています。該当する項目に☑を入れてください。 <input type="checkbox"/> 保険適用となる回数上限を超えた治療 <input type="checkbox"/> 保険適用となる年齢上限を超えた治療 <input type="checkbox"/> 保険診療と保険外診療を併用することにより、全額自己負担となる治療	
医療機関の学会登録状況	貴医療機関は、公益社団法人日本産科婦人科学会において「体外受精・胚移植に関する登録施設」として登録されていますか。該当する場合は☑を付してください。 <input type="checkbox"/> 登録されている	
領収金額 及び 治療内容	① 自費診療で実施された特定不妊治療	円
		▶治療内容 A・B・C・D・E・F ※該当する記号(注1参照)に○を付けてください。
	② 先進医療	円
		▶治療内容(該当に☑) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) <input type="checkbox"/> その他( )
	③ 医療保険制度において、保険診療となる治療と併せて実施することで、保険診療部分も含めて全額自己負担となる治療	円
	治療内容( )	
今回の治療結果	<input type="checkbox"/> 妊娠 <input type="checkbox"/> 妊娠せず <input type="checkbox"/> 治療中止 <input type="checkbox"/> その他( )	

※1 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の期間を記入してください。  
ただし、主治医の属する医療機関において男性不妊治療も実施した場合であって、男性不妊治療が採卵準備前に実施されたものであるときは、男性不妊治療を実施した日から特定不妊治療終了日までの期間を記入してください。

- （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、母体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、または、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
- ※ 採卵準備前に男性不妊治療を行ったが、精子が得られない、又は状態のよい精子が得られないため治療を中止した場合も助成の対象となります。
- （注2）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。

## 医療機関証明欄

患者氏名	夫
	妻

領 収 金 額			
診療月	① 自費診療で実施された 特定不妊治療	② 先進医療	③ 医療保険制度において、 保険診療となる治療と併せて実施する ことで、保険診療部分も含めて 全額自己負担となる治療
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
年 月 分	円	円	円
合 計	円	円	円

※①②③の金額を表面の「領収金額」に記入してください。

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の 所在地  
名称  
電話番号

印

※領収の証明欄において、医療機関の印がない場合は、代表者の氏名を記入の上、代表者の個人印を押印してください。

## 【注意事項】

受診等証明書の記載内容等について照会することがありますので御了承ください。

- ※ 助成の対象となる治療は、採卵準備のための「投薬開始」等から「妊娠の確認」等に至るまでの一連の診療過程、又は既に凍結保存されている胚を用いる場合、当該胚移植の準備から妊娠確認までの診療過程においてかかった費用とする。  
ただし、医師の判断等に基づき、治療計画を中止した場合等は、卵胞が発育しない等により卵子採取以前に中止した場合を除き、助成の対象とする。  
なお、1回の治療を分けて申請することはできない。
- ※ 治療方針に基づき、採卵準備のための「投薬開始」前に先進医療を行った場合は先進医療を行った日を治療開始年月日としてください。
- ※ 食事療養標準負担額・個室使用料・文書料等治療に直接関係のない費用及び出産(流産、死産)に係る費用は、対象外です。