

四日市市特定不妊治療医療費助成金交付実績報告書  
(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用)

医療機関等証明欄(主治医が記入してください。)

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回以上の体外受精胚移植の不成功の既往を有する不妊症の夫婦、または、2回以上の流産の既往を有する不育症の夫婦である。または、夫婦の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)<br>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<br>該当する記号(注参考)に○を付けて下さい |      | AまたはBの場合<br>1. 体外受精 2. 顕微授精<br>(該当する番号に○を付けて下さい) |     |
| 今回の治療期間<br>(※1)                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 月 日 ~ 年 月 日                       |      |                                                  |     |
| 最初に保険診療で治療を開始した日<br>(今回の治療にかかる子の初回)                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 年 月 日                               |      |                                                  |     |
| 今回の治療までに保険診療で<br>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                                                |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | (うち文書料 円)                           |      |                                                  |     |
| 上記の者については、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを<br>証明します。<br><div style="text-align: right;">年 月 日</div> <div style="text-align: right;">所在地</div> <div style="text-align: right;">医療機関等 名称</div> <div style="text-align: right;">氏 名</div> <div style="text-align: right;">印</div> <div style="text-align: left;">四日市市長</div> |                                     |      |                                                  |     |

※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。

(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。