記載例１

助成対象となるには要件がありますので、受診者へ甲府市母子保健課（055-237-8950）まで問い合わせるようお伝えください。

第２号様式(第６関係)

甲府市不妊治療費助成受診等証明書

（あて先）　甲　府　市　長

次の者については、次のとおり保険診療の一般不妊治療、生殖補助医療又は保険診療の生殖補助医療と先進医療を併用して実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

令和5年2月1日

所　　在　　地 山梨県甲府市相生2-17-1

医　療　機　関　名 甲府市母子保健課クリニック

主　治　医　氏　名 ○○　○○

医療機関記入欄　（主治医が記入してください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　こうふ　たろう　　） 甲府　太郎	妻	（　こうふ　はなこ　　） 甲府　花子
受診者生年月日		昭和56年５月1日（42歳）		昭和56月6月1日（42歳）

当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

本人負担額の内訳

治療1回目	【治療期間※】令和4年４月１０日　～　令和４年６月２０日	
男性不妊治療	【治療方法】（精巣内精子生検採取法）	
	【領収金額】　220,000円　【精子回収】 (有) 無	
治療２回目	【治療期間※】　年　月　日　～　年　月　日	
男性不妊治療	【治療方法】（　　）	
	【領収金額】　円　【精子回収】　有・無	
治療１回目	【治療期間※】令和４年４月１０日　～　令和4年４月１７日	
	【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・☑人工授精・□その他（　　） 生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精	【実施した先進医療】 （実施していない場合は☑不要です。）

受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
R4年4月分	7,000　円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
計	7,000　円	0　円

□PICSI・□タイムラプス
□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）
□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
□二段階胚移植法
□その他（　　）
□その他（　　）

【妊娠成立の有無】　有　・　(無)

治療２回目	【治療期間※】令和４年５月１日　～　令和4年６月２８日	
	【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・□人工授精・□その他（　　） 生殖補助医療：□顕微授精・☑体外授精	【実施した先進医療】 （実施していない場合は☑不要です。）

受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
R4年5月分	50,000　円	円
R4年6月分	70,000　円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
計	120,000　円	0　円

□PICSI・□タイムラプス
□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）
□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
□二段階胚移植法
□その他（　　）
□その他（　　）

【妊娠成立の有無】　有　・　(無)

一般不妊治療又は生殖補助医療の治療1回ごとに記入をお願いします。

※注意事項は裏面に記載しています。お手数をおかけしますが、裏面をご確認のうえ、記載をお願いします。

（裏面）

３回目以降の治療内容は、こちらにご記入ください。

本人負担額の内訳

治療３回目	【治療期間※】令和４年７月１５日　～　令和４年8月１９日		
	【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・□人工授精・□その他（　　） 生殖補助医療：☑顕微授精・□体外授精		【実施した先進医療】
受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額	（実施していない場合は☑不要です。）
R4年7月分	80,000　円	40,000　円	□PICSI・□タイムラプス
R4年8月分	100,000　円	円	□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
年　月分	円	円	☑SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）
年　月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
年　月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
年　月分	円	円	□二段階胚移植法
計	180,000　円	40,000　円	□その他（　　） □その他（　　）
【妊娠成立の有無】　有　・　無			

先進医療を併用した場合は、実施した先進医療に☑していただき、先進医療に係る費用を記載してください

治療４回目	【治療期間※】令和４年9月３日　～　令和４年１0月３１日		
	【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・□人工授精・□その他（　　） 生殖補助医療：☑顕微授精・□体外授精		【実施した先進医療】
受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額	（実施していない場合は☑不要です。）
R4年9月分	80,000　円	182,000　円	□PICSI・□タイムラプス
R4年10月分	100,000　円	円	□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
年　月分	円	円	□SEET法・☑子宮内膜受容能検査（ERA）
年　月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
年　月分	円	円	☑子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
年　月分	円	円	□二段階胚移植法
計	180,000　円	182,000　円	□その他（　　） □その他（　　）
【妊娠成立の有無】　有　・　無			

一回の生殖補助医療の中で複数の先進医療を実施した場合は、合計額を記載してください。

治療５回目	【治療期間※】令和４年11月３日　～　令和４年１2月３１日		
	【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・□人工授精・□その他（　　） 生殖補助医療：☑顕微授精・□体外授精		【実施した先進医療】
受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額	（実施していない場合は☑不要です。）
年　月分	円	円	□PICSI・□タイムラプス
年　月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
年　月分	円	円	□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）
年　月分	円	円	□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
年　月分	円	円	□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
年　月分	円	円	□二段階胚移植法
計	180,000　円	円	□その他（　　） □その他（　　）
【妊娠成立の有無】　有　・　無			

金額は、月ごとに記載せず、計欄に合計金額のみを記載していただいても構いません。

注　**助成の対象となるのは、保険診療の一般不妊治療、生殖補助医療及び保険診療の生殖補助医療と併用して実施される不妊治療に係る先進医療です。保険診療と保険外診療（先進医療を除く。）を組み合わせて行ういわゆる混合診療による不妊治療や、保険外診療のみで行う不妊治療は、助成の対象となりません。**

院外処方がある場合は、薬局の領収書を参考に、保険診療分に加算してください。

※治療期間について

・一般不妊治療：治療開始日から治療終了日までを記載してください。

・生殖補助医療：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場合は、男性不妊治療を行った日から生殖補助医療終了日までを記載してください。

・男性不妊治療：治療開始日から治療終了日までを記載してください。（※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。）

※複数回分の治療をまとめて記載することができます。

※助成申請期限は、治療期間が終了した日から起算して1年以内です。

第２号様式(第６関係)

記載例２

甲府市不妊治療費助成受診等証明書

（あて先）　甲　府　市　長

次の者については、次のとおり保険診療の一般不妊治療、生殖補助医療又は保険診療の生殖補助医療と先進医療を併用して実施し、これに係る医療費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

令和5年2月1日

所　　在　　地 山梨県甲府市相生2-17-1

医　療　機　関　名 甲府市母子保健課クリニック

主　治　医　氏　名 ○○　○○

医療機関記入欄　（主治医が記入してください。）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（　こうふ　たろう　） 甲府　太郎	妻	（　こうふ　はなこ　） 甲府　花子
受診者生年月日		昭和56年５月1日（42歳）		昭和56月6月1日（42歳）

当該患者が、今回行った不妊治療について該当箇所に記入して下さい。

本人負担額の内訳

治療1回目	【治療期間※】　年　月　日　～　年　月　日
男性不妊治療	【治療方法】（　）
	【領収金額】　円　【精子回収】　有・無
治療２回目	【治療期間※】　年　月　日　～　年　月　日
男性不妊治療	【治療方法】（　）
	【領収金額】　円　【精子回収】　有・無

治療１回目

【治療期間※】令和４年４月１０日　～　令和4年12月１７日

【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・□人工授精・□その他（　）
生殖補助医療：☑顕微授精・□体外授精

受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
R4年　4月分	30,000　円	10,000　円
R4年　5月分	30,000　円	円
R4年　6月分	18,000　円	円
R4年　7月分	22,000　円	円
R4年　8月分	13,000　円	円
R4年　10月分	17,000　円	円
計	円	円

【実施した先進医療】
（実施していない場合は☑不要です。）
□PICSI・□タイムラプス
□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）
□子宮内膜スクラッチ・☑IMSI
□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
□二段階胚移植法
□その他（　）
□その他（　）

【妊娠成立の有無】　有　・　無

治療２回目

【治療期間※】　年　月　日　～　年　月　日

【治療種別】一般不妊治療：□ﾀｲﾐﾝｸﾞ法・□薬物療法・□人工授精・□その他（　）
生殖補助医療：□顕微授精・□体外授精

受診年月	保険診療分（本人負担額）	先進医療に係るものの金額
R4年11月分	10,000　円	円
R4年12月分	40,000　円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
年　月分	円	円
計	180,000　円	10,000　円

【実施した先進医療】
（実施していない場合は☑不要です。）
□PICSI・□タイムラプス
□子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
□SEET法・□子宮内膜受容能検査（ERA）
□子宮内膜スクラッチ・□IMSI
□子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）
□二段階胚移植法
□その他（　）
□その他（　）

【妊娠成立の有無】　有　・　無

月ごとに金額を記載していただく場合、1回の治療が６月を超える場合は、次の治療回の欄に続けて記入をお願いします。
※治療期間等の欄に斜線を引いてください。
※計欄は、最終月を記載した治療回の欄のみご記入ください。

※注意事項は裏面に記載しています。お手数をおかけしますが、裏面をご確認のうえ、記載をお願いします。