

治療開始日:令和8年4月1日以降用

不妊治療費助成申請額算出シート（保険診療及び先進医療）

以下の表に、必要項目を記入して、算出してください。

	項目	金額（円）
A	【書類1】今回の生殖補助医療にかかった費用 （保険診療及び先進医療の合計額）	
B	【書類2】東京都助成額 ※東京都助成額が満額（150,000円）の場合のみ区助成の対象となります。	150,000 円
C	高額療養費・付加給付金等 ※該当がない場合は0円としてください。 ※都への申請時に申告した高額療養費・付加給付金の額を記入してください。	

D	助成対象額 A-B-C ※10円未満四捨五入	
---	---------------------------	--

申請額	「D」と5万円のどちらか少ない額をご記入ください	
-----	--------------------------	--

【書類1】東京都へ提出したもの

不妊治療費助成事業受診等証明書

東京都知事 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと認められるため、保険診療として生殖補助医療並びに先進医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおりに徴収したことを証明します。

主治医記入欄

フリガナ	夫	妻
受胎者氏名		
受胎者生年月日	年 月 日（歳）	年 月 日（歳）
今回の治療期間（保険診療）	年 月 日 ～ 年 月 日	
保険診療の回数	今回は 回且の治療です。（制限回数 回）	
経移植の日	年 月 日 / ☐ 年 月 日の治療終了	
治療費（徴収金額）	今回の生殖補助医療にかかった費用 円（保険診療及び先進医療の合計額） うち、先進医療としてお支払いの診療・技術にかかった費用 円	A
実施した治療・技術	今回実施した治療・技術に○を入れ、実施日を記入してください。 【※1】山崎法（山崎）の他に、新しくお示された治療・技術を実施した場合は、（自記）に記入してください。 (1) ☐ 子宮内視鏡的胚移植法（SEET法） 実施日： 年 月 日 (2) ☐ タイムラプス顕像法による受胎剤・胚培養 実施開始日： 年 月 日 (3) ☐ 子宮内視鏡過剰（子宮内視鏡スクリップ） 実施日： 年 月 日 (4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PHCS） 実施日： 年 月 日 (5) ☐ 子宮内視鏡受胎検査（ERA, ERPeak） 実施日： 年 月 日 (6) ☐ 子宮内視鏡着床検査（EMMA, ALICE） 実施日： 年 月 日 (7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMS） 実施日： 年 月 日 (8) ☐ 二段階胚移植法 実施日： 年 月 日 (9) ☐ 子宮内視鏡着床検査（子宮内フローラ） 実施日： 年 月 日 (10) ☐ 顕微鏡を用いた非受精的精子選択術（マイクロ顕微鏡技術を用いた精子選別） 実施日： 年 月 日 (11) ☐ 着床前胚染色体検査（PGT-A） 実施日： 年 月 日 (12) ☐ 年 月 日	
院外地方の有無	☐ あり ☐ なし	
院外地方を行った日	年 月 日 年 月 日 年 月 日	

（日本産科婦人科学会）

【書類2】東京都から交付を受けたもの

第3号様式（第6関係）

不妊治療費助成承認決定通知書

第 号

年 月 日

様

東京都知事

年 月 日付けで申請のあった不妊治療の費用に係る助成については、下記のとおり承認決定したので、通知します。

記

受給者番号

助成金額 金 B 円

助成対象年度 年度

過去の支給実績（対象年度）（回数）

（日本産科婦人科学会）