先進医療不妊治療等助成事業受診等証明書

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称

及び所在地

主治医氏名　　　　　　　　　　　印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）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（注１） | 先進医療A | □子宮内膜刺激術（SEET法）□タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養□子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）□ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）□子宮内膜受容能検査１（ERA）□子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）□二段階胚移植術□子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）□子宮内膜受容能検査２（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）□強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）□膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot） |
| 先進医療B | □タクロリムス投与療法□着床前胚異数性検査 |
| 今回の治療期間（注２） | 　年　月　日　～　　　年　月　日 |
| 領収金額 | 治療にかかった金額合計（※保険外診療に限る） |
| 先進医療分 | 領収金額　　　　　　　　　　　　　　円 |

（注１）治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであ

るため、増減することがあります。

（注２）治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してくだ

さい。