先進不妊治療費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
及び所在地及び所在地

主治医氏名主治医氏名　　　　　　　　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。