

受給者番号(保健所記入)					-		
--------------	--	--	--	--	---	--	--

先進医療不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療（体外受精及び顕微授精）以外の治療方法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少なく、診断や治療等の結果、先進医療を実施する必要があると思われるため、保険適用による生殖補助医療と併用して先進医療を実施し、それらに係る医療費を以下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

主治医記入欄 ※ 該当することを確認の上、□に✓を入れてください。

- 当医療機関は、不妊治療関連の先進医療を実施する保険医療機関として登録されています。
- 今回の先進医療による治療は、保険適用による生殖補助医療と併用して実施しました。

(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)
保険診療の回数	第 子 / 回目	婚姻関係	法律婚 ・ 事実婚	
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 1 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 2 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 3 妊娠確認前に医師の判断で治療計画を中止			
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
実施した先進医療※2				
<input type="checkbox"/> PICS1	年 月 日	<input type="checkbox"/> IMSI	年 月 日	
<input type="checkbox"/> タイムラプス	年 月 日	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)	年 月 日	<input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	年 月 日	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	年 月 日	
<input type="checkbox"/> SEET法	年 月 日	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査 (ERPeak)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ	年 月 日	<input type="checkbox"/>	年 月 日	
領収金額	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)		領収金額	円
	先進医療（厚生労働大臣が告示している不妊治療関連の技術）にかかった費用		領収金額	円

※1 治療開始は、原則、治療計画を立てた日、治療終了は、原則、妊娠判定日又は投薬終了日治療を中止した場合は中止の日
 ※2 今回の治療期間に実施した先進医療の□に✓を入れ、実施日又は実施開始日を記入する。新たに先進医療として告示されたものは空白欄に名称を記入する。