

上砂川町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
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しているものを適用するため、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。