

和寒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。