

美幌町先進不妊治療費支援事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の所在地
名称

主治医氏名

印

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。

【医療機関記入欄】

受診者氏名(夫)	フリガナ	生年月日	年 月 日() 歳
受診者氏名(妻)	フリガナ	生年月日	年 月 日() 歳
今回の治療方法 (注1)	先進医療A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (Rpeak) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)	
	先進医療B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査	
今回の治療期間 (注2)	令和 年 月 日 ~ 令和 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。