様式第２号（第６条関係）

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

名称及び所在地

主治医氏名　　主治医氏名　　　　　　　　　　　㊞

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 | □　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）(Rpeak)□　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） | 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。