

下川町先進不妊治療費等助成事業受診等証明書

次の者については、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次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	（ ）	
		年 月 日（ 歳）			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）（ERpeak） <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） <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）				
	先進医療B	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査2 <input type="checkbox"/> （ ） <input type="checkbox"/> （ ）				
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。