

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	
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。