

八代市不妊治療における先進医療費助成金給付受診等証明書

下記の者について、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、生殖補助医療（保険適用）を実施し、これと併用して実施した先進医療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
所在地
主治医氏名
(自署又は記名押印)

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(又は パートナー) | () | 妻(又は パートナー) | () |
| 受診者生年月日 | | 年 月 日 (歳) | | 年 月 日 (歳) |
| 今回の治療方法 | 1. 体外受精 2. 顕微授精（該当する番号に○をつけてください） | | | |
| 今回の治療期間 ※1 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | |
| 実施した 治療・技術 ※2 | 今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記載してください。 (1)～(12)の他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(13) (14)に記載してください。 | | | |
| | | 先進医療技術名 | 実施日 | 領収金額 |
| | (1) | <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET 法) | 年 月 日 | 円 |
| | (2) | <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 | 年 月 日 | 円 |
| | (3) | <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) | 年 月 日 | 円 |
| | (4) | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) | 年 月 日 | 円 |
| | (5) | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) | 年 月 日 | 円 |
| | (6) | <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) | 年 月 日 | 円 |
| | (7) | <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) | 年 月 日 | 円 |
| | (8) | <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 | 年 月 日 | 円 |
| | (9) | <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査) | 年 月 日 | 円 |
| | (10) | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak) | 年 月 日 | 円 |
| | (11) | <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 | 年 月 日 | 円 |
| | (12) | <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 | 年 月 日 | 円 |
| | (13) | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 | 円 |
| (14) | <input type="checkbox"/> | 年 月 日 | 円 | |
| 合計領収金額 ※3 | 先進医療に係る費用 | | | 円 |

- ※1) 治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療を終了又は中止した日までを記載してください。
- ※2) 上記の先進医療の実施医療機関として厚生労働大臣により承認されていること。
- ※3) 文書料、個室料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。