

合志市不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

年 月 日

（医療機関）所在地 \_\_\_\_\_

名 称 \_\_\_\_\_

主治医氏名 \_\_\_\_\_ 印

以下の者について、次のとおり保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、これに係る治療費を徴収したことを証明します。

		夫		妻		
ふりがな						
氏 名						
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）		
治療計画期間		年 月 日～ 年 月 日		年 月 日～ 年 月 日		
実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日・治療費をご記入ください	先進医療技術名	実施日	治療費	実施日	治療費	
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜刺激胚移植法 (SEET 法)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<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	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<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	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査 (ERA, ERPeak)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査 (EMMA, ALICE)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	二段階胚移植法	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	タクロリムス投与療法	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	着床前胚異数性検査 (PGT-A)	年 月 日	円	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	その他 [ ]	年 月 日	円	年 月 日	円
小 計		①	円	②	円	
先進治療に要した費用の合計額		③ (①+②)		円		

必ず裏面をご確認ください

**【備考】**

- ・治療計画期間とは、医師が判断した採卵準備のための投薬開始等の治療計画書を作成した日から、妊娠の確認等(医師の判断に基づき、やむを得ず治療を中止した場合を含む。)に至るまでの生殖補助医療及び先進医療の実施の一連の過程です。
- ・本書には、2 治療計画期間分を記載できます。3 治療計画期間以上を申請される場合は、新たに証明書を作成してください。
- ・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。