

嘉島町不妊治療費（先進医療分）助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり生殖補助医療（保険適用）と併用して実施される先進医療に係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関等 所在地
名 称
氏 名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

	夫	妻	
氏 名	フリガナ 氏 名	フリガナ 氏 名	
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・技術にレ点を入れ、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)以降に記載してください。		
	先進医療技術名		実施年月日
			領収金額
	(1)子宮内膜刺激術(SEET法)		年 月 日 円
	(2)タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		年 月 日 円
	(3)子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)		年 月 日 円
	(4)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)子宮内膜受容能検査1(ERA)		年 月 日 円
	(6)子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)		年 月 日 円
	(7)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)二段階胚移植術		年 月 日 円
	(9)子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)		年 月 日 円
	(10)子宮内膜受容能検査2(ERPak)		年 月 日 円
	(11)膜構造を用いた生理学的精子選択術		年 月 日 円
	(12)着床前胚異数性検査		年 月 日 円
(13)		年 月 日 円	
(14)		年 月 日 円	
合計領収金額	先進医療に係る費用 円		

※1 生殖補助医療（保険適用）と併用して実施される先進医療に係るもののみ御記入ください。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 食事療養費標準負担額、個室使用料、文書料等の直接的な医療費ではない費用は含まないでください。