

中井町不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書

年 月 日

中井町長 殿

医療機関の名称

所 在 地

医 師 名

□当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として届出を行っている又は承認されている医療機関です。
 □下記の先進医療については、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施し、これに係る医療費の徴収したことを証明します。

（※太枠に医療機関が記入してください）

		夫			妻
ふりがな					
受診者氏名					
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
治療期間	開始	年 月 日	※治療 計画の日	治療 方法	採卵 実施日
	終了	年 月 日		理由	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
胚移植の日		年 月 日		※未移植で治療終了の場合は記載不要	
保険診療回数		今回 回目 (うち胚移植 回目)		初回の治療開始 日の妻の年齢	歳
上記治療期間中に実施した先進医療					
医療技術名				実施開始日	金額
(1) 子宮内膜刺激胚移植法 (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 (ERA, ERPeak)				年 月 日	円
(6) 子宮内細菌叢検査 (EMMA, ALICE)				年 月 日	円
(7) 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)				年 月 日	円
(8) 二段階胚移植法				年 月 日	円
(9) 子宮内細菌叢検査 (子宮内フローラ)				年 月 日	円
(10) タクロリムス投与療法				年 月 日	円
(11) 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
(12) 着床前胚異数性検査 (PGT-A)				年 月 日	円
(13) []				年 月 日	円
領収金額		【先進医療にかかった金額の合計】			
		円			

※治療期間は、医師が治療計画を作成した日から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします。

※一連の治療を分けて申請することはできません。治療計画に基づき、胚移植まで実施した場合が対象です。

ただし、治療の途中で中止し、その後に新たな治療予定がない場合は申請可能とします。

※本証明は、治療期間ごとに1枚作成してください。