

根室市特定不妊治療費等（先進医療）助成事業受診等証明書

下記の者については、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下記のとおり徴収したことを証明します。

令和 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	（ ）	
		昭和 平成	年 月 日（ 歳）		昭和 平成	年 月 日（ 歳）
今回の治療方法 （注1）	<input type="checkbox"/>	子宮内膜刺激術（SEET法）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査1（ERA）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	二段階胚移植術	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	タクロリムス投与療法	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	着床前胚異数性検査	実施日：	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	（ ）	実施日：	年	月	日
今回の治療期間 （注2）	令和 年 月 日 ～ 令和 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、又は医師の判断等に基づき、やむを得ず当該治療を中止した日までを記載してください。