

岩見沢市先進不妊治療費等助成事業受診証明書

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

次のとおり厚生労働省が先進医療として告示されている不妊治療を保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療開始日～治療終了日(妊娠判定又は治療を中止した日)			
上記治療中に保険診療と併せて実施した先進医療の内容				
実施した先進医療に✓をつけてください			実施日	受診者負担額
	子宮内膜刺激術 (SEET法)		年 月 日	円
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		年 月 日	円
	子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)		年 月 日	円
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)		年 月 日	円
	子宮内膜受容能検査 1 (ERA)		年 月 日	円
	子宮内膜受容能検査 2 (ERpeak)		年 月 日	円
	子宮内細菌叢検査 1 (EMMA/ALICE)		年 月 日	円
	子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ)		年 月 日	円
	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)		年 月 日	円
	二段階胚移植術		年 月 日	円
	膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		年 月 日	円
	反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス)		年 月 日	円
	着床前肺異数性検査 (PGT-A)		年 月 日	円
	その他 ()		年 月 日	円
先進医療にかかった費用の合計 (保険外診療のみ)				円
特記事項				