

妹背牛町不妊治療費（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。

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（主治医がご記入ください）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法	先進医療 A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET 法） <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 1（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak） <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot） <input type="checkbox"/>		
	先進医療 B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 <input type="checkbox"/>		
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
保険診療による 治療回数	<input type="checkbox"/> 妻の年齢 40 歳未満 _____ 回目 / 6 回目 <input type="checkbox"/> 妻の年齢 40 歳以上 43 歳未満 _____ 回目 / 3 回目			
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
徴収金額	不妊治療費 (先進医療)	円	文書料	円
※詳細は裏面に記載				

注1 治療方法については、厚生労働省により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。

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までを記載してください。

3 治療期間の初日における妻の年齢が 40 歳未満の場合は6回のうちの治療回数、40 歳以上 43 歳未満の場合は3回のうちの治療回数を記載してください。

＜徴収金額内訳（先進医療）＞

医療機関記入欄

	受診日	検査・治療項目	徴収金額 ※保険外診療に限る	
			医療機関徴収分	薬局徴収分
1	年 月 日		円	円
2	年 月 日		円	円
3	年 月 日		円	円
4	年 月 日		円	円
5	年 月 日		円	円
6	年 月 日		円	円
7	年 月 日		円	円
8	年 月 日		円	円
9	年 月 日		円	円
10	年 月 日		円	円
11	年 月 日		円	円
12	年 月 日		円	円
13	年 月 日		円	円
14	年 月 日		円	円
15	年 月 日		円	円
小計			円	円
合計			円	

※自治体記入欄

交通費	<input type="checkbox"/> 旭川市 1,720 円 <input type="checkbox"/> 札幌市 5,360 円 × 回分 <input type="checkbox"/> その他 円	円
-----	---	---