不妊治療費等助成事業受診等証明書

下記の者については、保険診療及び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（主治医が記入すること）

<table>
<tr><td>（ふりがな）
受診者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td rowspan="4">今回の治療方法
（注１）</td><td>一般不妊治療</td><td>□　タイミング法（　　回）
□　人工授精　（　　回）
□　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>生殖補助医療</td><td>□　体外受精
□　顕微授精
□　男性不妊治療</td></tr>
<tr><td>先進医療Ａ</td><td>□　子宮内膜刺激術（SEET法）
□　タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
□　子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）
□　ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）
□　子宮内膜受容能検査１（ERA）
□　子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）
□　二段階胚移植術
□　子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）
□　子宮内膜受容能検査２（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）
□　強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）
□　膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）</td></tr>
<tr><td>先進医療Ｂ</td><td>□　タクロリムス投与療法
□　着床前胚異数性検査</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間
（注２）</td><td colspan="2">年　月　日 ～　　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">領収金額</td><td colspan="2">治療にかかった金額合計</td></tr>
<tr><td>保険診療分
（本人負担額）</td><td>領収金額　　円</td></tr>
<tr><td>先進医療分</td><td>領収金額　　円</td></tr>
</table>

（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（妊娠に至らなかった場合も含む）までを記載してください。

※いずれも文書料、食事療養費・差額ベット代は助成対象外ですので含まないでください。