

特定不妊治療費助成事業受診等証明書（先進医療分）

年 月 日

新冠町長 様

医療機関 所在地

名称

主治医名

(Tel)

下記の者（夫婦）に対し、次のとおり先進医療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を徴収したことを証明します。

記

医療機関記入欄

受診者氏名 生年月日	夫	年 月 日生			妻	年 月 日生		
		年	月	日		年	月	日
今回の治療期間		年 月 日 ~			年 月 日			
今回の治療方法 (注1)	先進医療 A	<input type="checkbox"/> ①子宮内膜刺激術(SEET法) <input type="checkbox"/> ②タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> ③二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> ④子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ⑤ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) <input type="checkbox"/> ⑥子宮内膜受容能検査1(ERA) <input type="checkbox"/> ⑦子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> ⑧子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> ⑨子宮内膜受容能検査2(子宮内膜受容期検査)(ERPeak) <input type="checkbox"/> ⑩強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) <input type="checkbox"/> ⑪膜構造を用いた生理学的精子選択術(Zymot) <input type="checkbox"/> ⑫その他()						
	先進医療 B	<input type="checkbox"/> ⑬反復着床不全に対する投薬(タクロリムス) <input type="checkbox"/> ⑭着床前胚異数性検査(PGT-A) <input type="checkbox"/> ⑮その他()						
自己負担額内訳	受診日	検査・治療項目 ※治療方法の番号でも可			本人負担額			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
	年 月 日				円			
【今回の治療にかかった金額合計】								
				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。