

扶桑町特定不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書

次の者については、次のとおり特定不妊治療（先進医療）を実施し、これに係る医療費〔保険適用外分〕を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

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日(年齢)		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
貴医療機関における治療開始日		年 月 日		
今回の治療期間	治療開始日 年 月 日 ~ 治療終了日 年 月 日			
保険診療について	今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 助成対象外です。			
[今回の治療にかかった金額合計]				
領収金額 _____ 円 (本人が支払った合計額)				
[上記のうち、 <u>先進医療部分のみ</u> にかかった治療金額]				
領収金額 _____ 円				
実施した治療等	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日と治療金額を記載してください。			
		先進医療の治療・技術名	実施年月日/実施開始年月日	治療金額
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜刺激術 (SEET法)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査1 (ERA)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	二段階胚移植術	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	着床前胚異数性検査 (PGT-A)	年 月 日	円
	<input type="checkbox"/>	その他 ()	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 当該医療機関は、上記で実施した先進医療について、厚生労働省に実施医療機関として届出を行い、承認を得ています。				