

美唄市先進不妊治療費等助成金受診証明書

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。

年 月 日

医療機関の名称

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法 (注1)	先進医療 A	1 子宮内膜刺激術 (SEET 法) 2 タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 3 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) 4 ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) 5 子宮内膜受容能検査 1 (ERA) 6 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA/ALICE) 7 二段階胚移植術 8 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ) 9 子宮内膜受容能検査 2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) 10 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) 11 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		
	先進医療 B	12 タクロリムス投与療法 13 着床前胚異数性検査		
今回の治療期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日			
保険診療による治療回数	<input type="checkbox"/> _____ 回目 / _____ 6 回目 , <input type="checkbox"/> _____ 回目 / _____ 3 回目			
領 収 金 額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)			
	先進医療分 ※詳細は裏面	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。

(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までを記載してください。一連の治療を分けて申請することはできません。治療の途中で中止した場合も申請可能です。ただし、中止後に新たな治療を行わないと決定した場合に限ります。

(注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。

<金額内訳>

	受診日	検査・治療項目 (表面から番号(1~13)を選択)	金額
1	年 月 日		円
2	年 月 日		円
3	年 月 日		円
4	年 月 日		円
5	年 月 日		円
6	年 月 日		円
7	年 月 日		円
8	年 月 日		円
9	年 月 日		円
10	年 月 日		円
11	年 月 日		円
12	年 月 日		円
13	年 月 日		円
14	年 月 日		円
15	年 月 日		円
計			円