

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、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）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		昭和 平成 年 月 日（ 歳）		昭和 平成 年 月 日（ 歳）
今回の治療方法 （注1）	先進医療A	☐ 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） ☐ 二段階胚移植術法 ☐ 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査） ☐ 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） ☐ その他（ ）		
	先進医療B	☐ タクロリムス投与療法 ☐ 着床前胚異数性検査 ☐ その他（ ）		
今回の治療期間 （注2）	年 月 日 ～ 年 月 日			
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	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。

表にないが、治療期間の開始日時点で厚労省が告示しているものであれば、その他に詳細な治療名を記載してください。

（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。