

不妊治療受診等証明書

年 月 日

鹿嶋市長

医療機関所在地

名称

主治医氏名

印

次のとおり、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		夫	()	妻	()
生年月日・年齢			年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
治療期間※1		年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無		有 ・ 無		治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H ※治療ステージの詳細は、裏面参照
今回の治療	いずれかに☑	以下の助成要件を確認し、☑をお願いします。			
	<input type="checkbox"/> 1. 先進医療	<input type="checkbox"/> 保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。			
	<input type="checkbox"/> 2. 保険適用外の生殖補助医療(4回目以降)	<input type="checkbox"/> 初回治療開始の妻の年齢が40～43歳未満で、保険適用回数が上限3回に達している。 <input type="checkbox"/> 今回は4回目以降の生殖補助医療であり、自費で実施した。 <input type="checkbox"/> 今回の治療開始時の妻の年齢は43歳未満である。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は保険医療機関として承認されている。			
領収金額		今回の治療に係る領収金額 ※2 円		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 (1.先進医療の場合のみ) 円	
実施した先進医療 (1.先進医療の場合のみ)			実施日※3	領収金額	
子宮内膜刺激術 (SEET法)			年 月 日	円	
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養			年 月 日	円	
子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)			年 月 日	円	
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)			年 月 日	円	
子宮内膜受容能検査1 (ERA)			年 月 日	円	
子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)			年 月 日	円	
子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)			年 月 日	円	
子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)			年 月 日	円	
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)			年 月 日	円	
二段階胚移植術			年 月 日	円	
タクロリムス投与療法			年 月 日	円	
膜構造を用いた生理学的精子選択術			年 月 日	円	
着床前胚異数性検査1			年 月 日	円	
着床前胚異数性検査2			年 月 日	円	
			年 月 日	円	

※1 当該採卵に係る治療計画を作成した日（改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日）から治療終了日までを記載してください。

なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

