

特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

年 月 日

（宛先）射水市長

医療機関 所在地
 名称
 主治医氏名

印

以下の先進医療について、保険診療となる体外受精又は顕微授精と併用して実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

	夫	妻
ふりがな		
受診者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間※1	年 月 日 ～ 年 月 日	
上記治療期間中に実施した先進医療		
医療技術名	実施日※2	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（ERA）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）	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
	年 月 日	円
	年 月 日	円
合計		円
次の項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。		
<input type="checkbox"/> 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。		
<input type="checkbox"/> 上記の先進医療について、保険診療となる体外受精又は顕微授精と併用して実施した。		

※1 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2 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。