

釧路市先進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。

令和 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（主治医による記入をお願いします）

受診者	(フリガナ) 氏名	生年月日	
夫		昭和 平成	年 月 日 (歳)
妻		昭和 平成	年 月 日 (歳)
今回の治療方法 (先進医療) ※1	検査・治療項目		
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた精子選別術 (PICSI) <input type="checkbox"/> タイムラプス造影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激法 (SEET法) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別法 (IMSI) <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査 (ERPeak) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選択術 (Zymot) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A) <input type="checkbox"/> その他、厚生労働省が先進医療として告示している不妊治療		
今回の治療期間 および受診回数 ※2	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 期間中の受診回数 回		
領収金額	先進医療分 (内訳は裏面)	領収金額	円

※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。

※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。受診回数については、治療期間中に受診した先進医療分だけではなく、医療保険適用分も含めた回数を記入してください。

《裏面もご記入ください》

<金額内訳>

	受診日	検査・治療項目	金額
1	令和 年 月 日		円
2	令和 年 月 日		円
3	令和 年 月 日		円
4	令和 年 月 日		円
5	令和 年 月 日		円
6	令和 年 月 日		円
7	令和 年 月 日		円
8	令和 年 月 日		円
9	令和 年 月 日		円
10	令和 年 月 日		円
11	令和 年 月 日		円
12	令和 年 月 日		円
13	令和 年 月 日		円
14	令和 年 月 日		円
15	令和 年 月 日		円
合 計			円

- ※ 先進医療分の合計金額は表面の領収金額と一致すること。
- ※ 入院時食事療養費、差額ベッド代及び文書料等、不妊治療に直接関係のない費用は助成の対象外です。