

## 釧路市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書の【記入例】

### 【注意】

**医療保険適用された治療と併用して実施された先進医療（厚生労働大臣が定める不妊治療の技術）に要する費用についてのみ、ご記入をお願いします。**

（表 面）

様式第2号（第6条関係）

釧路市先進不妊治療費等助成事業

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費の  
下記のとおり徴収したことを証明します。

記入日、医療機関名等を記入し、  
印鑑を押印する

令和 年 月 日

医療機関の名称  
及び所在地  
主治医氏名 印

受診された方の氏名、  
年齢を記入する

医療機関の選択（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)

検査・治療項目

今回の治療方法  
(先進医療)  
※1

- ヒアルロン酸を用いた精子選別術（PICSI）
- タイムラプス造影法による受精卵・胚培養
- 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）
- 子宮内膜刺激法（SEET法）
- 子宮内膜受容能検査（ERA）
- 子宮内膜スクラッチ
- 強拡大顕微鏡による形質検査
- 子宮内フロー
- 子宮内膜受容期検査（Endocheck）
- 二段階胚移植法
- マイクロ流体技術を用いた精子選別術（Zymot）
- タクロリムス投与療法
- 着床前胚異数性検査（PGT-A）
- 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

実施した先進医療の項目にチェックする

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 円

領収金額 円

治療期間は、治療計画を作成した日から治療終了（妊娠確認日または治療中止日）までを記入する

受診回数は、治療期間中に受診した先進医療分だけでなく、医療保険適用分も含めた回数を記入する

領収金額は、先進医療分のみの金額を記入する（内訳は裏面に記入）

※1 先進医療の項目にチェックする

※2 期間中の受診回数

領収金額は、先進医療分のみの金額を記入する（内訳は裏面に記入）

※3 領収金額は、先進医療分のみの金額を記入する（内訳は裏面に記入）

**裏面も必ず記入してください**

(裏面)

様式第2号 (第6条関係)

<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			円
6			円
7			円
8			円
9			円
10			円
11			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

表面に記入した治療期間内に実施した、  
**先進医療分**の受診日・項目・金額を記入する。

※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と  
なりません。

※ 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。

合計金額は、表面の領収金額と  
同額であること