

不妊治療受診等証明書

年 月 日

取手市長

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
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。			
	□1. 先進医療	□保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 □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。			
	□2. 保険適用外の生殖補助医療（4回目以降）	□初回治療開始時の妻年齢が40歳以上～43歳未満で、生殖補助医療の保険適用回数は上限3回である。 □今回は4回目以降の【体外受精・顕微授精 ※該当する方に○印】であり、自費で実施した。 □今回の治療開始時の妻の年齢は43歳未満である。 □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) 円	
実施した先進医療（1.先進医療の場合）			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（PICS1）			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

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。

- ※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。
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 実施日が複数日にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

医療機関記載

不妊治療受診等証明書

20〇〇年 〇月 〇日

取手市長

医療機関所在地 〇〇県〇〇市・・・・

名 称 〇〇〇クリニック

記載及び押印

主治医氏名 〇〇 〇〇

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。

(ふりがな) 受診者氏名		夫	(とりで たろう) 取手 太郎	妻	(とりで はなこ) 取手 花子
生年月日・年齢			年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
治療期間※1		20〇〇年 〇月 〇日～ 20〇〇年 〇月 〇日(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
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。			
	□1. 先進医療	□保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 □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。			
	□2. 保険適用外の生殖補助医療(4回目以降)	□初回治療開始時の妻年齢が40歳以上～43歳未満で、生殖補助医療の保険適用回数は上限3回である。 □今回は4回目以降の【体外受精・顕微授精 ※該当する方に○印】であり、自費で実施した。 □今回の治療開始時の妻の年齢は43歳未満である。 □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) ●●●●●円	
実施した先進医療 (1. 先進医療の場合)			実 施 日※3		領 収 金 額
子宮内膜刺激術 (SEET法)			20〇〇年〇月〇日		●●●●●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

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。

- ※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。
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 実施日が複数日にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。