

米原市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

次の者について、保険適用された特定不妊治療(先進医療含む。)を実施し、これにかかる医療費を以下のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地

およびその名称

主治医氏名

㊞

医療機関記入欄

	夫	妻																														
フリガナ																																
受診者氏名																																
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)																														
婚姻関係の確認	初回の保険診療実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む。)の確認をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ																															
	今回の治療について																															
治療期間	治療開始年月日 年 月 日	治療終了年月日 年 月 日																														
	※治療開始日(採卵準備または凍結胚移植を行うための投薬開始等の日)から治療終了日(妊娠確認した日または治療を中止した日)まで																															
保険診療について	今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 右記の治療回数を記入 → <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 助成対象外です。	保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目																														
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 _____ 円	●うち、先進医療部分のみにかかった治療金額 ⇒ _____ 円																														
実施した治療等	<p>今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、実施日・治療金額を記載してください。</p> <p>●先進医療の治療・技術名</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>実施年月日／実施開始年月日</th> <th>治療金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td>年 月 日 円</td> </tr> </tbody> </table>		実施年月日／実施開始年月日	治療金額	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日 円	<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 円
実施年月日／実施開始年月日	治療金額																															
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/> その他 ()	年 月 日 円																															
<input type="checkbox"/>	当該医療機関は、右記の実施した先進医療について、実施保険医療機関として届出を行い承認を得ています。																															