

八雲町先進不妊治療費等助成事業受診証明書

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。

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（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)

今回の治療方法 (注1)	先進医療 A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 2 (子宮内膜受容期検査)(ER peak) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)
	先進医療 B	<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
今回の治療期間(注2)	年 月 日 ~ 年 月 日	
	外来通院回数 (回) / 入院回数 (回)	
徴収金額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る)	
	先進医療分	徴収金額 円

※文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。

注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。

注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。