

生殖補助医療費助成申請に係る証明書

下記の者について、生殖補助医療に関する検査・治療を実施し、これに係る治療費等を下記のとおり受領したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地
主治医氏名

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日および 今回の治療期間の初日の年齢		昭・平 年 月 日 (歳)		昭・平 年 月 日 (歳)
今回の治療期間 ※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
保険適用回数 の状況 (今回の治療を含む)	保険診療で実施された胚移植術の回数 () 回目 ※下記治療内容3または4の場合、これまで保険診療で実施された胚移植術の回数			
	初めての胚移植術に係る治療計画を作成した日における妻の年齢 () 歳			
今回の治療内容 該当する番号に○を 付けてください。	1. 保険診療で実施される特定不妊治療 2. 先進医療およびそれと組み合わせて保険診療で実施される特定不妊治療 3. 国で審議中の技術等と組み合わせて実施される特定不妊治療 4. 保険適用回数終了後の特定不妊治療 5. 男性不妊の手術			
今回実施した 先進医療または 審議中の技術の内容 該当するものに☑し、その他の 場合は()内に医療名を記載 してください。	<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"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <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"/> 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 (子宮内フローラ検査) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET 法) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A/SR) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak) ()			
領 収 金 額	[今回の治療にかかった本人負担額の合計] 領収金額 _____ 円 ※入院費および食事代は対象外			
本人負担等の内訳	保険診療分 (限度額適用認定証を利用した月は☑)		自費診療分	
	区分	負担金額		負担金額
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
	年 月分	円	<input type="checkbox"/>	円
当医療機関以外での検査・治療の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	<input checked="" type="checkbox"/> 有の場合 医療機関名称			

※1) 治療期間については、採卵準備また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。