

千歳市不妊治療費（先進医療）等助成受診等証明書

下記の者については、不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、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。

令和 年 月 日

医療機関名称及び所在地

主治医氏名 印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	申請者 (夫)	()	申請者 (妻)	()
		年 月 日生(歳)		年 月 日生(歳)
先進医療の 療・技術名	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に☑を入れ、実施日を記載してください。			
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	実施日:	年 月 日	
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施日:	年 月 日	
	子宮内細菌叢検査(EMMA,ALICE)	実施日:	年 月 日	
	子宮内膜刺激胚移植法(SEET 法)	実施日:	年 月 日	
	子宮内膜受容能検査(ERA)	実施日:	年 月 日	
	子宮内膜スクラッチ	実施日:	年 月 日	
	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	実施日:	年 月 日	
	子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)	実施日:	年 月 日	
	子宮内膜受容能検査(ERPeak)	実施日:	年 月 日	
	二段階胚移植法	実施日:	年 月 日	
	マイクロ流体技術を用いた精子選別	実施日:	年 月 日	
	反復着床不全に対する投薬(タクロリムス)	実施日:	年 月 日	
	着床前肺異数性検査(PGT - A)	実施日:	年 月 日	
	[]	実施日:	年 月 日	
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け出を行い、承認を得ています。				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
保険診療の回数	今回の治療は _____ 回目です			
領収金額	今回の治療にかかった合計金額 領収金額 _____ 円 (保険診療及び先進医療の合計額) うち、 <u>先進医療部分のみ</u> にかかった費用 _____ 円			

