

宇城市長 様

医療機関 所在地
名称
主治医氏名

（自署又は記名押印）

宇城市生殖補助医療（先進医療）費補助金交付医療機関受診等証明書

下記の者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと診断したため、生殖補助医療として保険診療及び先進医療を行い、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

主治医記入欄 ※ 該当することを確認の上、□に✓を入れてください。

当医療機関は、不妊治療関連の先進医療を実施する保険医療機関として登録されています。

今回の先進医療による治療は、保険適用による生殖補助医療と併用して実施しました。

夫	ふりがな 受診者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
妻	ふりがな 受診者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
治療期間 (保険診療分)		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (※1)	
治療方法		<input type="checkbox"/> 1 採卵から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 2 凍結胚移植から妊娠確認 <input type="checkbox"/> 3 妊娠確認前に医師の判断で治療計画を中止	
実施した先進医療 (※2)			
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受 精卵・胚培養	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子 選択術 (マイクロ流体技術を用い た精子選別)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学 的精子選択 (PICSI)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A)	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学 的精子選択術 (IMSI)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 (二段階胚移植法)	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/>	令和 年 月 日
領収金額	治療に要した合計金額		うち、 <u>先進医療部分のみ</u> にかかった治療金額
	円 ⇒		円

(※1) 治療期間については、当該治療にかかる治療計画を作成した日から治療終了日又は中止日までを記載してください。

(※2) 今回の治療期間に実施した先進医療の□に✓を入れ、実施日又は実施開始日を記入してください。新たに先進医療として告示されたものは空白欄に名称を記入してください。

