

様式第2号(第6条関係)

那珂市不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

当医療機関は先進医療に係る医療機関として承認されている医療機関であり、下記の者について、先進医療告示において規定された適応症に該当し、かつ生殖補助医療と併せて先進医療を実施しており、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄(※主治医が記入すること)

(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)	
一連の治療期間 (保険診療を含む)	年 月 日 ~ 年 月 日 (治療計画の作成日) (妊娠判定日又は今回の不妊治療の中止を判断した日 等)			
保険診療について	今回の生殖補助医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		保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 回目	
治療費 (領収金額)	今回の治療にかかった合計金額 円		うち、先進医療に係る保険外診療費用の合計金額 円	
実施した治療等	今回実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。 ※(1)~(12)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した際には(13)に記入してください。			
	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【回】()		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 【回】()		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA・ERPeak)		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA・ALICE)		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI) 【回】()		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ検査)		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(11) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	
	(13) <input type="checkbox"/>		実施日: 年 月 日 領収金額: 円	

【注意事項】・先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。

・一連の治療のうち複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は申請可能です。