様式第2号(第7条関係)

不妊治療受診等証明書

年　月　日

那珂市長　様

医療機関所在地
名　称
主治医氏名　　印

次のとおり、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	(　　)	妻	(　　)
生年月日・年齢		年　月　日(　歳)		年　月　日(　歳)
治療期間※1	年　月　日～　年　月　日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無	有　・　無	治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H ※治療ステージの詳細は、裏面参照	

今回の治療	いずれかに☑	以下の助成要件を確認し、☑をお願いします。
	□1. 先進医療	□保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 □当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。
	□2. 保険適用外の生殖補助医療(4回目以降)	□初回治療開始の妻の年齢が 40～43 歳未満で、保険適用回数が上限3回に達している。 □今回は 4 回目以降の生殖補助医療であり、自費で実施した。 □今回の治療開始時の妻の年齢は 43 歳未満である。 □当医療機関は保険医療機関として承認されている。

領収金額	今回の治療に係る領収金額 ※2 円	左記のうち、先進医療に係る領収金額 (1.先進医療の場合のみ) 円

実施した先進医療 (1.先進医療の場合のみ)	実 施 日※3	領 収 金 額
子宮内膜刺激術(SEET 法)	年　月　日	円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年　月　日	円
子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年　月　日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年　月　日	円
子宮内膜受容能検査1(ERA)	年　月　日	円
子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年　月　日	円
子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年　月　日	円
子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)	年　月　日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)	年　月　日	円
二段階胚移植術	年　月　日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術	年　月　日	円
着床前胚異数性検査2	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円

※1　当該採卵に係る治療計画を作成した日(改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作した日)から治療終了日までを記載してください。なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※2　体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3　実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

（裏面）

体外受精･顕微授精の治療ステージ

