

深川市先進不妊治療受診等証明書

年 月 日

深川市長 様

医療機関所在地

名 称

代表者氏名

印

下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を保険診療と併用して実施し、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。

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
受診者生年月日	夫	昭 和 平 成 年 月 日 (歳)	妻	昭 和 平 成 年 月 日 (歳)
今回の治療方法 (注1)	先進医療A	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) <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"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <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) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) <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"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot)		
	先進医療B	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査		
今回の治療期間 (注2)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 治療開始日 ~ 治療終了日 (妊娠判定日又は治療を中止した日)			
領収金額	治療にかかった金額合計 (※保険外診療に限る。)			
	先進医療分	領収金額 _____ 円		

(注1) 治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため増減することがあります。

(注2) 治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日または治療を終了した日までを記載してください。