

白糠町不妊治療費等助成事業（生殖補助医療）受診等証明書

年 月 日

白 糠 町 長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

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か又は極めて少ないと思われるため、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		昭・平 年 月 日(歳)		昭・平 年 月 日(歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			治療種別
移植の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	保険適用の場合の移植回数 _____回目			<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療
【保険適用の治療】				
今回の生殖補助医療にかかった自己負担分（3割負担分もしくは自己負担限度額分）が対象となります。				
				領収金額 円
【保険適用外の治療】				
今回の生殖補助医療にかかった自己負担分（10割負担分）が対象となります。先進医療など治療の過程において必要となった保険適用外の治療も含めてください。				
				領収金額 円
【うち先進医療（該当治療にチェックをつけてください）】				
保険適用となっている方が実施した先進医療が該当となります。（年齢や回数等で保険適用外となっている方は記載不要です。）				
子宮内膜刺激術（SEET法）	円	子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ）	円	
タイムプラス撮像法による受精卵・肺培養	円	子宮内膜受容能検査2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）	円	
子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	円	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	円	
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	円	膜構造を用いた生理学的選択術（Zymot）	円	
子宮内膜受容能検査1（ERA）	円	タクロリムス投与方法	円	
子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	円	着床前胚異数性検査	円	
二段階胚移植術	円	その他、厚生労働省が先進医療として告示している不妊治療	円	

※いずれも文書料、食事療養費標準負担額、個室料の直接的な治療費ではない費用は含まないでください

《裏面への記載をお願いいたします》

【通院証明欄】※医療機関が記載をお願いいたします

月	日	月	日	月	日	月	日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
月	日	月	日	月	日	月	日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日
	日		日		日		日

※治療で通院した日のみが該当となります。付き添いや、薬・文書を受け取るのみなど、治療以外の用事で通院した日は除いてください。