余市町先進不妊治療受診等証明書

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。

年 月 日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

㊞

医療機関記入欄（主治医がご記入ください）

氏名 (フリガナ)	夫	()	妻	()
	生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療方法 (注1)	先進医療A	☐ 子宮内膜刺激術 (SEET 法) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜掻過術 (子宮内膜スクラッチ) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) ☐ 子宮内膜受容能検査1 (ERA) ☐ 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE) ☐ 二段階胚移植術 ☐ 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ) ☐ 子宮内膜受容能検査2 (子宮内膜受容期検査) (ERpeak) ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (Zymot) ☐ その他 ()		
	先進医療B	☐ タクロリムス投与療法 ☐ 着床前胚異数性検査 ☐ その他 ()		
今回の治療期間 (注2)	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	治療にかかった金額合計 ※保険外診療に限る。また、文書料、食事療養標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含みません。			
	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でを記載してください。