

登別市特定不妊治療費（先進医療）等助成事業受診等証明書

次の者については、特定不妊治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、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

医療機関名称及び所在地

主治医氏名

※医療機関記入欄（主治医が記入してください）

	夫		妻		
フリガナ					
受診者氏名					
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）		
今回の治療期間 （保険診療）	年 月 日 ～ <small>（治療計画開始）</small>		年 月 日 <small>（妊娠判定日または今回の特定不妊治療の中止を判定した日 等）</small>		
保険診療の回数	今回は 回目の治療です。				
領収金額	今回の治療にかかった合計金額 <small>（保険診療及び先進医療の合計額）</small>		うち <u>先進医療部分のみ</u> にかかった費用		
実施した治療・技術 <input type="checkbox"/> 当該医療機関は、右記の実施した先進医療について、実施保健医療機関として届け出を行い、承認を得ています。	治療・技術	実施日 実施開始年月日	治療金額	通院状況	
				夫	妻
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1（ERA）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	年 月 日	円	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	