# （先進医療）不妊治療費支援事業受診等証明書

下記の者について、以下の先進医療として告示されている医療技術を保険診療と併用して実施し、これにかかる医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

川北町長　あて

医療機関所在地

名　称

主治医氏名

## 医療機関記入欄

☐ 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。

☐ 下記の先進医療について、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。

| | 夫 | 妻 |
|---|---|---|
| ふりがな | | |
| 受診者氏名 | | |
| 生年月日 | 年　月　日 | 年　月　日 |
| 治療期間※1 | 令和　年　月　日 ～ | 令和　年　月　日 |

上記治療期間中に実施した先進医療（該当する医療技術名欄に記載）

| 医療技術名 | 実施日 ※2 | 領収金額 |
|---|---|---|
| 子宮内膜刺激術（SEET法） | 令和　年　月　日 | |
| タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 | 令和　年　月　日 | |
| 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） | 令和　年　月　日 | |
| ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） | 令和　年　月　日 | |
| 子宮内膜受容能検査（ERA） | 令和　年　月　日 | |
| 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE） | 令和　年　月　日 | |
| 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） | 令和　年　月　日 | |
| 二段階胚移植術 | 令和　年　月　日 | |
| | 令和　年　月　日 | |
| | 令和　年　月　日 | |
| | 令和　年　月　日 | |
| | 計 | |

※1　採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2　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。