

別記様式第 2 号（第 5 条関係）

尾花沢市不妊治療(先進医療)費助成事業受診等証明書

当医療機関は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り、次の受診者について、保険適用された生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、以下の通り先進医療に係る保険外診療費用を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 ⑩

電話番号 ()

以下の治療内容は、主治医が記入してください。

(フリガナ) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療開始日(採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等の日)～治療終了日(妊娠を確認した日又は治療を中止した日)			
妊娠判定結果	陽性 ・ 陰性			
上記期間中に実施した先進医療（該当技術名に☑してください）				
先進医療技術名		実施開始日		領収金額
☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)		年 月 日		円
☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 (タイムラプス)		年 月 日		円
☐ 子宮内細菌叢検査 1 (BMMA/ALICE)		年 月 日		円
☐ 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ検査)		年 月 日		円
☐ 子宮内膜刺激術 (SEET 法)		年 月 日		円
☐ 子宮内膜受容能検査 1 (子宮内膜受容能検査＝ERA)		年 月 日		円
☐ 子宮内膜受容能検査 2 (子宮内膜受容期検査＝ERPeak)		年 月 日		円
☐ 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)		年 月 日		円
☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)		年 月 日		円
☐ 二段階胚移植術 (二段階胚移植法)		年 月 日		円
☐ タクロリムス投与療法 (不妊症患者に対するタクロリムス投与療法)		年 月 日		円
☐		年 月 日		円
☐		年 月 日		円
先進医療に係る合計領収金額				円