

不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

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生殖補助医療を実施し、これに係る保険対象外の医療費（先進医療分）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

印（※1）

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

記

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
	受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
保険診療 について	今回の不妊治療は保険診療によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒右記の治療回数へ <input type="checkbox"/> いいえ ⇒助成対象外です。		保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目	
今回の治療期間※2	年 月 日～年 月 日 (妊娠確認又は治療を中止した日)			
実施した医療技術 (先進医療)※3	○該当する治療に☑を入れてください。その他の場合は( )内に医療名を記載してください。			
	<input type="checkbox"/> PCSI			<input type="checkbox"/> タイムラプス
	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA / ALICE)			<input type="checkbox"/> SEET法
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA)			<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ
	<input type="checkbox"/> IMSI			<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能期検査 (ERPeak)			<input type="checkbox"/> 反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス)
	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法			<input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別
	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A)			
その他				
	<input type="checkbox"/> ( )			<input type="checkbox"/> ( )
【今回の治療にかかった金額について記載して下さい。※保険外診療（先進医療分）に限る】				
先進医療に係る不妊治療費（総額）		(B) 領収金額		円

※1) 医療機関の領収印等必ず押印をお願いします。

※2) 治療期間については、当該治療にかかる治療計画を作成した日から治療終了日までを記載してください。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から不妊治療終了日までを記載してください。

※3) 対象となる技術は、厚生労働大臣が先進医療として告示した不妊治療関連の技術のうち、保険診療と併用可能と認められたものに限ります。