様式第２号（第６条関係）

夕張市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書

　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 　　印

　医療機関記入欄（主治医が記入すること）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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） |
| 今回の治療方法  （注１） | □　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  □　子宮内膜擦過術（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）  □　タクロリムス投与療法  □　着床前胚異数性検査 | | | | |
| 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） | | | | |
| 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治療終了日（妊娠確認日等）までを記載してください。