

| | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|
| 受給者番号 | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|

(記入不要)

浜松市不妊治療費（先進医療費）支援事業費補助金受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

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、先進医療告示において規定された適応症に該当し、かつ、保険適用の生殖補助医療と併せて先進医療を実施しており、以下のとお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。

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

| | 夫 | 妻 |
|--|---|--|
| ふりがな | | |
| 受診者氏名 | | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) | 年 月 日 (歳) |
| 一連の治療期間 (保険診療を含む) | 年 月 日 ~ (治療計画の作成日) | 年 月 日 (妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日 等) |
| 実施した治療・技術 ※1 TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方に☑してください。 ※2 (2)(4)(7)について、複数回実施した場合は、【】に合計実施回数を記入し、()に2回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。 | 今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。 【注】(1)~(12)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(13)に記入してください。 | |
| | (1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET 法) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 回】 () | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI) 【 回】 () | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (ERA, ERPeak) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA, ALICE) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術 (IMSI) 【 回】 () | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ検査) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (11) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| | (12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (PGT-A) | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 |
| (13) <input type="checkbox"/> | 実施日： 年 月 日 領収金額： 円 | |
| 治療費 (領収金額) | 先進医療に係る保険外診療費用の合計 円 | |

【注意事項】・令和6年4月1日以降に終了した治療について、記入してください。

- ・先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。
- ・一連の治療のうち複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。ただし、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は申請可能です。