南富良野町　不妊治療受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費自己負担額を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
代表者氏名　　㊞

【医療機関記入欄】

<table>
<tr><td>受診者氏名</td><td rowspan="2">夫</td><td></td><td rowspan="2">妻</td><td></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td><td>年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間</td><td colspan="4">年　　月　　日　～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="3">治療内容</td><td colspan="4">生殖補助医療　保険適用外で実施した場合、該当する希望に〇をつけてください。
A　新鮮胚移植を実施
B　採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施
C　以前に凍結した胚による胚移植を実施
D　体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E　受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止
F　採卵したが卵が得られない、または状態のよい卵が得られないため中止
G　周期中止・排卵済により採卵できず</td></tr>
<tr><td colspan="4">男性不妊治療（実施した手術療法を記載してください）</td></tr>
<tr><td colspan="4">医師が必要として実施した先進医療不妊治療
※該当するものに☑をつけてください。
□タイムラプス　□子宮内膜刺激胚移植法（ＳＥＴＴ法）
□子宮内膜スクラッチ　□二段階胚移植法
□PICSI　□IMSI
□子宮内膜受容能検査(ERA)　□子宮内細菌叢検査
□その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="3">患者負担（自己負担）額の内訳</td><td colspan="4">医師が必要として実施した保険適用外の先進医療等不妊治療に係った額
円</td></tr>
<tr><td colspan="4">男性不妊治療　円</td></tr>
<tr><td colspan="4">文書料　円</td></tr>
</table>

注１　当該患者に関して行なった保険診療による生殖補助医療、男性不妊治療に係るもののみご記入ください。
　２　個室料金、食事にかかる費用など直接治療に関係ない費用は含まないでください。