様式第２号（第６条関係）

南富良野町　不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、医療保険適用外の不妊治療及び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】**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受診者氏名 | 夫 | 　　　　　　　　（　　歳） | 妻 | 　　　　　 　　　（　　歳） |
| 受診者生年月日 | 　　　　年　　　月　　　日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 今回の治療方法（注１） | 生殖補助医療 | 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、又は、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、又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H　今回は、医療保険適用外では実施していない |
| 先進医療A | □　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） |
| 先進医療B | □　タクロリムス投与療法　　　　　□　着床前胚異数性検査 |
| その他 | * 一般不妊治療等にかかるその他の治療

（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今回の治療期間（注２） | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 患者負担額（注３） | 治療にかかった金額合計（※保険外診療に限る）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 先進医療技術にかかった額（※保険外診療に限る）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 文書料　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

注１　治療方法については、厚生労働省が先進医療技術を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妊娠確認日までを記載してください。

注３　個室料等の保険診療外の費用、食事療養標準負担額、付加給付、直接治療に関係ない費用は含まないでください。