厚木市不妊治療費助成金受診等証明書

年　　月　　日

（宛　先）
厚木市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名　　　　　　　　　　印

（自署又は記名押印してください。）

証明する治療・技術は先進医療として告示された治療・技術であり、当医療機関は、実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。

次の者については、保険診療として先進医療を含む体外受精等を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

フリガナ			
受診者氏名			
受診者住所		□左に同じ	
受診者生年月日	年　月　日（　歳）	年　月　日（　歳）	
今回の治療期間 （保険診療）	年　月　日　～　年　月　日	終了理由	□ 妊娠確認検査を実施 □ 治療中止
治療方法	□ 体外受精　□ 顕微授精　□ 胚移植のみ	初回の治療開始日の妻の年齢	歳
胚移植の日	年　月　日　※ 未移植で治療終了の場合は記載不要		
保険診療の回数	今回　回目（うち胚移植　回目）　※ 医療保険で治療した回数を胚移植の有無に関わらず記入。胚移植を実施しなかった場合、（ ）内は「0」と記入。		
治療費 （領収金額）	今回の体外受精等不妊治療にかかった費用 （保険診療及び先進医療の費用の合計額）	円	
	先進医療にかかった費用	円	
<u>実施した治療・技術</u>	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 【注】・<u>(1)から(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。</u> ・TRIO検査を実施した場合は、(5)(6)の両方にチェックしてください。		
	(1) □ 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法）	実施日：	年　月　日
	(2) □ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	実施開始日：	年　月　日
	(3) □ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	実施日：	年　月　日
	(4) □ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	実施日：	年　月　日
	(5) □ 子宮内膜受容能検査（ERA,ERPeak）	実施日：	年　月　日
	(6) □ 子宮内細菌叢検査（EMMA,ALICE）	実施日：	年　月　日
	(7) □ 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	実施日：	年　月　日
	(8) □ 二段階胚移植法	実施日：	年　月　日
	(9) □ 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	実施日：	年　月　日
	(10) □ タクロリムス投与療法	実施開始日：	年　月　日
	(11) □ 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
	(12) □ 着床前胚異数性検査（PGT-A）	実施日：	年　月　日
	(13) □ [　　　　]	実施日：	年　月　日

【記入上の注意】

① 治療期間は、医師が治療計画を作成した日等から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします。

② 本証明は、1回の治療期間ごとに1枚作成してください。

③ 証明内容について、本人の同意に基づき問合せをする場合があります。