

（表）

特定不妊治療費（先進医療）補助金受診等証明書

年 月 日

豊田市長 殿

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

印

下記のものについては、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、**保険診療として**特定不妊治療（先進医療を含む）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。

	受診者	パートナー
フリガナ		
氏名		
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 <small>（治療計画の日）</small>	年 月 日 <small>（妊娠判定日または今回の特定不妊治療の中止の判断をした日 等）</small>
保険診療の回数	今回は 回目 の治療です。（上限回数 回） <small>初めての治療開始時点の女性の年齢により6回または3回</small>	
胚移植の日	年 月 日 / <input type="checkbox"/> 未移植で治療終了	
治療費 （領収金額）	今回の特定不妊治療にかかった費用 円（保険診療及び先進医療の合計額） うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用 円	
実施した治療・技術 <small>※先進医療として告示された治療・技術であること。 ※厚生局に実施医療機関として登録されていること。 ※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。</small>	<p>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】(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。</p> <p><input type="checkbox"/> (1)子宮内膜刺激胚移植法（SEET法） 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (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</p> <p><input type="checkbox"/> (3)子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (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</p> <p><input type="checkbox"/> (5)子宮内膜受容能検査（ERA・ERPeak） 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (6)子宮内細菌叢検査（EMMA・ALICE） 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (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</p> <p><input type="checkbox"/> (8)二段階胚移植法 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (9)子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ検査） 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (10)タクロリムス投与療法 実施開始日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (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</p> <p><input type="checkbox"/> (12)着床前胚異数性検査（PGT-A） 実施日： 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> (13) { } 実施日： 年 月 日</p>	

