

## （先進医療）不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

（宛先）白山市長

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号

（署名又は記名押印）

下記の者について、先進医療として告示されている医療技術を保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を以下のとおり領収したことを証明します。

## 医療機関記入欄

 当医療機関は、実施した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る。 下記の先進医療について、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。

|                                 | 妻       | 夫     |
|---------------------------------|---------|-------|
| ふりがな                            |         |       |
| 受診者氏名                           |         |       |
| 生年月日<br>（西暦）                    | 年 月 日   | 年 月 日 |
| 治療期間<br>（西暦）※1                  | 年 月 日 ~ | 年 月 日 |
| 上記治療期間中に実施した先進医療（該当する医療技術名欄に記載） |         |       |
| 医療技術名                           | 実施日 ※2  | 領収金額  |
| 子宮内膜刺激術（SEET法）                  | 年 月 日   | 円     |
| タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養             | 年 月 日   | 円     |
| 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）              | 年 月 日   | 円     |
| ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）      | 年 月 日   | 円     |
| 子宮内膜受容能検査（ERA）                  | 年 月 日   | 円     |
| 子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）            | 年 月 日   | 円     |
| 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）       | 年 月 日   | 円     |
| 二段階胚移植術                         | 年 月 日   | 円     |
|                                 | 年 月 日   | 円     |
|                                 | 年 月 日   | 円     |
|                                 | 年 月 日   | 円     |
|                                 | 計       | 円     |

※1 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

## 注意事項

- 令和4年4月1日以降に受診した不妊治療（保険診療と併用して行う先進医療分）に関する費用についてのみ記入してください。
- 1回の治療が終了した日の翌月から1年以内に申請してください。

整理番号