

藤沢市不妊治療費（先進医療分）助成事業受診等証明書

年 月 日

藤沢市長

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。

医療機関名称

所在地

医師名

印

（自署または記名押印してください）

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

	夫	妻	
受診者	ふりがな		
	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日		
	終了 <input type="checkbox"/> 妊娠確認検査を実施 理由 <input type="checkbox"/> 治療中止		
治療方法	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 胚移植のみ	初回の治療開始日の妻の年齢 歳	
保険診療の回数（※1）	今回 回目（うち胚移植 回目）	※1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「-」と記入。	
治療費（領収金額）	今回の体外受精等不妊治療に要した費用（保険診療及び先進医療の費用の合計額）	円	
	先進医療に要した費用（※2の合計額と一致）	円	
実施した治療・技術	今回実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日・治療費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。 ・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。		
	先進医療技術名	実施日/実施開始日	治療費（※2）
	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)	年 月 日	円
	(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円
	(4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日	円
	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA, ERPeak)	年 月 日	円
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA, ALICE)	年 月 日	円
	(7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	年 月 日	円
	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年 月 日	円
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ)	年 月 日	円
	(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円
	(11) <input type="checkbox"/> 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)	年 月 日	円
	(12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円
(13) <input type="checkbox"/> []	年 月 日	円	

【記入上の注意】

- ①本証明は、治療期間ごとに1枚作成してください。
- ②治療期間は、医師が治療計画を作成した日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。
- ③証明内容について、本人同意のもと藤沢市職員が問合せをする場合があります。