

堺市不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

次の者については、不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、不妊治療(先進医療含む)を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称

主治医氏名

医療機関記入欄		
	夫	妻
ふりがな		
受診者氏名		
受診者生年月日	昭和 平成 西暦 年 月 日	昭和 平成 西暦 年 月 日
婚姻関係の確認	初回の保険診療実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。 ☐ はい ☐ いいえ	
今回の治療について		
治療期間	治療開始年月日 治療終了年月日 年 月 日 ~ 年 月 日	
保険診療について	今回の不妊治療は保険診療によるものですか ☐ はい ⇒右記の治療回数を記入 → ☐ いいえ ⇒助成対象外です。 保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目	
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 ●うち、先進医療部分のみにかかった治療金額 _____ 円 ⇒ _____ 円 領収印	
実施した治療等	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に☑を入れ、実施日・治療金額を記載してください。 ●先進医療の治療・技術名 実施年月日／実施開始年月日 治療金額 ☐ 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1(ERA) 年 月 日 円 ☐ 子宮内細菌叢検査1(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 ☐ 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) 年 月 日 円 ☐ 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) 年 月 日 円 ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 年 月 日 円 ☐ 着床前胚異数性検査2(PGT-A) 年 月 日 円 ☐ その他() 年 月 日 円	
☐ 当該医療機関は、実施した先進医療について、実施保険医療機関として届出を行い承認を得ています。		