

次の者については、特定不妊治療（体外受精，顕微授精）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、特定不妊治療を実施し、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。

令和 ●年 ●月 ●日

医療機関の住所
名称

医療
機関印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ひろしま たろう ） 広島 太郎	妻	（ ひろしま はなこ ） 広島 花子
受診者生年月日	昭和 平成	●年●月●日（▲歳）	昭和 平成	○年○月○日（△歳）

今回の治療内容	該当する記号（1又は2）に○をつけてください。
	<input checked="" type="radio"/> 1 保険適用と保険適用外の先進医療を併用 <input type="radio"/> 2 保険適用外の医療のみを実施 今回の治療内容が2の場合、該当する治療ステージ記号（※1参照）に○を付けてください。 A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F ・ M

今回の治療内容が「1」の場合は、ステージ記号は記入不要です。

領収年月日	令和 5年 4月 15日 ~ 令和 5年 5月 13日
助成対象となる医療費の総額（文書料含む）	特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く）
領収金額	38,300 円
助成対象となる先進医療技術の金額と証明書発行代（文書料）の合計領収金額を記載してください。	費 ※2（医療機関名） 円

例）先進医療技術の領収年月日は4月15日のみで、治療終了後（5月13日）に文書料を領収した場合。領収年月日は、4月15日~5月13日と記載してください。

助成対象となる先進医療技術の金額と証明書発行代（文書料）の合計領収金額を記載してください。

〔 治療内容1に該当・・・先進医療に要した費用+文書料 の合計領収金額を記入してください。
治療内容2に該当・・・今回の治療に要した費用の総額+文書料 の合計領収金額を記入してください。 〕

実施した医療技術	
該当する□に☑を記載してください。その他の場合は（ ）内に医療名を記載してください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	<input type="checkbox"/> （ ）
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	

実施した先進医療技術に☑を記入して下さい。今後、先進医療技術が新たに告示され、実施した場合は、空欄に記述のうえ、☑を記入してください。

その他特記事項
○今回の治療期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
今回の治療に男性不妊治療が含まれる場合で採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。

主治医の自署又は記名押印をお願いします

「今回の治療期間」には、助成対象となる先進医療技術を含む一連の特定不妊治療等の治療期間を記載してください。

主治医氏名 ●●●●
(主治医が自署若しくは記名押印)

印

