

受給者番号（文京区が記載）

文京区不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

次の受診者については、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）以外の治療によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと思われるため、**保険適用となる特定不妊治療に先進医療を併せて実施**し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名



医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

（自署又は記名押印してください。）

（ふりがな） 受診者氏名	対象者 （ ）	配偶者 （ ）
受診者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の治療内容 （該当する項目にチェックしてください）	<input type="checkbox"/> 当医療機関は、不妊治療にかかる先進医療を実施する保険医療機関として、厚生局に登録されています。 <input type="checkbox"/> 今回実施した先進医療は、保険適用された特定不妊治療に含んで実施したものです。	
実施した治療・技術 ※①先進医療として告示された治療・技術であること。 ※②厚生局に実施医療機関として登録されていること。 ※③TRIO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。	今回実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日を記入してください。 【注】 (1)から(11)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、(12)に記入してください。	
	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法）	実施日： 年 月 日
	(2) <input type="checkbox"/> 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
	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	実施日： 年 月 日
	(4) <input type="checkbox"/> 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
	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA, ERPeak）	実施日： 年 月 日
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	実施日： 年 月 日
	(7) <input type="checkbox"/> 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
	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	実施日： 年 月 日
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）	実施日： 年 月 日
	(10) <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）	実施日： 年 月 日
	(11) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）	実施日： 年 月 日
(12) <input type="checkbox"/> その他 〔 〕	実施日： 年 月 日	
今回の治療期間 （保険診療）	年 月 日～ 年 月 日（妊娠確認又は治療を中止した日） <small>（採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等の日から治療終了日）</small> （胚移植を実施した日） 年 月 日 / <input type="checkbox"/> 未移植で治療終了	
領収金額	（領収書の期間） 年 月 日～ 年 月 日 今回の治療における領収金額 円①（保険診療及び先進医療の合計金額） ①のうち、先進医療として告知された治療・技術にかかった医療費 円※ ※文書料は含まない。	