

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（保険診療併用）

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、不妊治療（先進医療）を実施し、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



（自署又は記名押印してください。）

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	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"/> 保険適用された生殖補助医療と併用して先進医療を実施した。 <input type="checkbox"/> 当医療機関は、今回実施した先進医療の実施医療機関として届出をし、又は承認をされている。			
実施した先進医療 （該当する項目にチェックしてください。記載のない先進医療は空欄に記入してください。）	<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"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	
	<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		<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"/> 子宮内細菌叢検査1（EMMA, ALICE）		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	
	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）		<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法	
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1（ERA）		<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2（ERPeak）		<input type="checkbox"/>	
今回の治療期間	年 月 日～ 年 月 日（妊娠確認又は治療を中止した日） （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）			
	（胚移植を実施した日）		年 月 日	
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
①のうち、先進医療にかかった医療費			円※	
※文書料は含まない。				