

近江八幡市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

次の者について、保険適用された特定不妊治療(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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|------------------------------------|--------------|---------------|------|---|-------|---|--|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|--|-------|---|--|-------|---|--|-------|---|----------------------------------|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|---|-------|---|-------------------------------------|-------|---|---|-------|---|----------------------------------|-------|---|
| フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受診者生年月日 | 年 月 日 (歳) | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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 ※治療開始日(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(妊娠確認した日又は治療を中止した日)まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険診療について | 今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒ 右記の治療回数を記入 → <input type="checkbox"/> 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 _____ 円 | ●うち、先進医療部分のみにかかった治療金額 ⇒ _____ 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施した治療等 | <p>今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に<input checked="" type="checkbox"/>を入れ、実施日・治療金額を記載してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>●先進医療の治療・技術名</th> <th>実施年月日／実施開始年月日</th> <th>治療金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSD)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 ()</td> <td>年 月 日</td> <td>円</td> </tr> </tbody> </table> | | ●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 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) | 年 月 日 | 円 | <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 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSD) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A) | 年 月 日 | 円 | <input type="checkbox"/> その他 () | 年 月 日 | 円 |
| ●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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSD) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A) | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | 年 月 日 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | 当該医療機関は、右記の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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |