

## 第2号様式（第6条関係）

## 不妊治療受診等証明書（焼津市不妊治療費助成金（43歳未満）用）

下記の者については、不妊治療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、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

実施医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

実施医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         |            |                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|------------|
| (ふりがな)<br>受診者氏名                                                                                                                                                                                            | 夫                                                                                                                                                                                       | ( )        | 妻              | ( )        |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         | 年 月 日 ( 歳) |                | 年 月 日 ( 歳) |
| 受診者生年月日                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                         |            |                |            |
| 治療期間                                                                                                                                                                                                       | 年 月 日 ～ 年 月 日<br>(治療計画の作成日) (妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日 等)                                                                                                                               |            |                |            |
| 領収金額                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 保険適用と保険適用外の先進医療を併用<br><input type="checkbox"/> 保険適用外の医療のみ実施<br>理由： <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 回数<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |                |            |
|                                                                                                                                                                                                            | ※今回の治療にかかった診療額合計(保険外診療に限る。)<br>特定不妊治療 円<br>男性不妊治療 円                                                                                                                                     |            |                |            |
| 今回実施した治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。<br>※ (1) ～ (12) 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 (13) に記入してください。<br>※ (2) (4) (7) について複数回実施した場合は【 】に合計実施回数を記入し、実施ごとに実施日・領収金額を記入してください。 |                                                                                                                                                                                         |            |                |            |
| 実施した治療・技術                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                         |            | 実施日            | 領収金額       |
| (1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (S E E T法)                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養【 回】                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日<br>年 月 日 | 円<br>円     |
| (3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (P I C S I)<br>【 回】                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日<br>年 月 日 | 円<br>円     |
| (5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (E R A)<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (E R P e a k)                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日<br>年 月 日 | 円<br>円     |
| (6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (E M M A / A L I C E)                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (I M S I)<br>【 回】                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日<br>年 月 日 | 円<br>円     |
| (8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (11) <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)                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 (P G T - A)                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |
| (13) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                         |            | 年 月 日          | 円          |

主治医の治療方針に基づき、他の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、それぞれの医療機関で証明書を作成してください。