

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) 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 (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 <input type="checkbox"/> 保険適用外の医療のみ実施 理由： <input type="checkbox"/> 年齢 <input type="checkbox"/> 回数 <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。) 特定不妊治療 _____ 円 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。 ※(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。 ※(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 (SEET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 年 月 日	円 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 (PICSI) 【 回】			年 月 日 年 月 日	円 円
(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (ERA) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (ERPeak)			年 月 日 年 月 日	円 円
(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)			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 (IMSI) 【 回】			年 月 日 年 月 日	円 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 (PGT-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。