

岩倉市不妊治療先進医療費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

当医療機関は先進医療を実施する保険医療機関として承認されている医療機関であり、次の受診者について、厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（平成20年厚生労働省告示第129号）に定める先進医療の対象となる負傷、疾病又はそれらの症状に該当し、かつ、保険診療の生殖補助医療と併用して先進医療を実施しており、以下のとおり先進医療に係る保険適用外診療費用を領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

	夫	妻		
ふりがな				
受診者氏名				
受診者生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)		
今回の治療期間 (保険診療を含む。)	年 月 日 ～ 年 月 日 (治療計画の作成日) (妊娠判定日又は今回の不妊治療の中止の判断をした日 等)			
実施した治療・技術 ※1 TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方に☑してください。 ※2 (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、()に2回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。	今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。 【注】(1)～(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。			
	先進医療治療・技術		実施日	領収金額
	(1) ☐ 子宮内膜刺激術(SEET 法)	年 月 日	円	
	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 回】()	年 月 日	円	
	(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円	
	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 【 回】()	年 月 日	円	
	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査1(ERA) ☐ 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	円	
	(6) ☐ 子宮内細菌叢検査1(EMMA, ALICE)	年 月 日	円	
	(7) ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) 【 回】()	年 月 日	円	
	(8) ☐ 二段階胚移植術	年 月 日	円	
	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)	年 月 日	円	
	(10) ☐ 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	
	(11) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円	
	(12) ☐	年 月 日	円	
治療費 (領収金額)	先進医療に係る保険外診療費用の合計 円			
保険適用 治療回数	保険適応対象回数： 3回 ・ 6回 今回の回数： 回目			

【注意事項】

- ・令和8年4月1日以後に実施した先進医療について、記入してください。
- ・先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。
- ・1回の治療において複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。
- ・医師の判断に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は、申請可能です。