

不妊治療（先進医療）受診等証明書

年 月 日

つくばみらい市長

医療機関所在地

名 称

主治医氏名

印

次のとおり、保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日・年齢		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
治療期間※1	年 月 日～ 年 月 日(妊娠確認日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無	有 ・ 無		治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H ※治療ステージの詳細は、裏面参照
確認事項	以下の助成要件を確認し、 ☒ をお願いします。			
	☐ 保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。			
	☐ 当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。			
領収金額	今回の治療に係る領収金額合計※2 円		左記のうち、 <u>先進医療</u> に係る領収金額 円	

上記治療期間中に実施した先進医療		
医療技術名	実 施 日※3	領 収 金 額
子宮内膜刺激術（SEET 法）	年 月 日	円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	円
子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）	年 月 日	円
ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査1（ERA）	年 月 日	円
子宮内膜受容能検査2（ERPeak）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）	年 月 日	円
子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）	年 月 日	円
強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）	年 月 日	円
二段階胚移植術	年 月 日	円
タクロリムス投与療法（R7.8.31 指定削除）	年 月 日	円
膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円
着床前胚異数性検査2	年 月 日	円

※1 当該採卵に係る治療計画を作成した日（改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日）から治療終了日までを記載してください。なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日または医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※2 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※3 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。※着床前胚異数性検査1 R7.8.31 指定削除です。

(裏面)

体外受精・顕微授精の治療ステージ

治療 ステージ	治 療 内 容	採 卵 ま で			採 精（夫）	受精 （前培養・媒精 （顕微授精）・培養）	胚 移 植						妊娠の確認 （胚移植のおおむね 2週間後）
		薬品投与（注射） （自然周期で行う場合も あり）	薬品投与（点鼻薬） （自然周期で行う場合も あり）	採 卵			新鮮胚移植		胚凍結	凍 結 胚 移 植			
							胚移植	黄体期補充療法		（自然周期で行う場合も あり）薬品投与	胚移植	黄体期補充療法	
A	新 鮮 胚 移 植 を 実 施												
B	凍 結 胚 移 植 を 実 施												
C	以 前 に 凍 結 し た 胚 を 解 凍 し て 胚 移 植 を 実 施												
D	体 調 不 良 等 に よ り 移 植 の め ど が 立 た ず 治 療 終 了												
E	受 精 で き ず ま た は、胚 の 分 割 停 止、変 性、 多 精 子 授 精 な ど の 異 常 授 精 等 に よ り 中 止												
F	採 卵 し た が 卵 が 得 ら れ な い、又 は 状 態 の よ い 卵 が 得 ら れ な い た め 中 止												
G	卵 胞 が 発 育 し な い、又 は 排 卵 終 了 の た め 中 止												
H	採 卵 準 備 中、体 調 不 良 等 に よ り 治 療 中 止												