

松戸市生殖補助医療費(先進医療)受診等証明書

年 月 日

(宛先)松戸市長

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

次の受診者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、保険診療として生殖補助医療を実施し、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。

【下記項目について確認し、□にレ点を入れてください。】

- 当医療機関は、今回実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。
- 今回実施した先進医療は、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。
- 令和5年4月1日以降に開始した治療である。

	夫	妻
フリガナ 受診者氏名		
生年月日	年 月 日	年 月 日
凍結胚利用	有 ・ 無 ※令和5年4月1日以前に凍結した胚を利用する場合、胚移植の日が令和5年4月1日以降であれば申請可能。	
今回の 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
胚移植の日	年 月 日 / <input type="checkbox"/> 未移植で治療終了	
他院との連携 (当てはまる場合のみ)	今回の一連の治療において(病院名:)と連携して特定不妊治療(未移植含む)をおこなっています。 <small>※保健診療で特定不妊治療を行う病院に加え、その一連の治療において先進医療の検査・技術を他の病院にて実施している場合は記載をしてください。</small>	
領収金額	(A) 今回の治療における領収金額	(A)のうち、「先進医療」に係る領収金額※
	円	円

※直接治療に関係のない費用(文書料、差額ベッド代など)及び出産に伴う費用は対象外。

上記治療期間中に実施した先進医療(☑を入れてください)及び実施日

<input type="checkbox"/>	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査(子宮内フローラ検査)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	年 月 日	<input type="checkbox"/>	タクロリムス投与療法	年 月 日
<input type="checkbox"/>	子宮内細菌叢検査1(EMMA, ALICE)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	二段階胚移植法	年 月 日
<input type="checkbox"/>	子宮内膜刺激術(SEET 法)	年 月 日	<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
<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日	<input type="checkbox"/>	着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日
<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	<input type="checkbox"/>		年 月 日
<input type="checkbox"/>	子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	<input type="checkbox"/>		年 月 日
<input type="checkbox"/>	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	年 月 日	<input type="checkbox"/>		年 月 日

【注意事項】 ※申請期限がありますので、治療終了後、早急に受診者の方へお渡しください。

- 不妊検査、一般不妊治療、全額自費で実施した生殖補助医療は助成の対象外ですので、記載しないでください。
- 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日(治療開始日)から、妊娠の確認または治療を中止した日(治療終了日)までを記載してください。(採卵前に治療を中止した場合は対象外です)
- 先進医療の実施日が、複数回にまたがる場合は全ての実施日を記載してください。