第２号様式（第６条関係）

江別市不妊治療費等助成事業受診等証明書

（宛先）江別市長

証明日　　　　　　　年　　月　　日

　下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

医療機関名称

及び所在地

主　治　医　氏　名

　医療機関記入欄（主治医が記入してください）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）受診者氏名 | 夫 | （） | 妻 | （） |
| 受診者生年月日 | 　　年　月　日（　　歳） | 　年　月　日（　　歳） |
| 検査・治療方法（注１）実施した項目に〇をつけてください。 | 先進医療Ａ | １　子宮内膜刺激術（SEET法）２　タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ３　子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）４　ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）５　子宮内膜受容能検査１（ERA）６　子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）７　二段階胚移植術 ８　子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）９　子宮内膜受容能検査２（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）10　強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）11　膜構造を用いた生理学的精子選択術 （Zymot） |
| 先進医療Ｂ | 12　タクロリムス投与療法13　着床前胚異数性検査 |
| 今回の治療期間（注２） | 　　　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 領収金額※保険外診療に限る | 先進医療分　　　　　　　　　　　円（詳細は裏面） |

　（注１）治療方法は、厚生労働省が先進医療技術として公表しているものであるため、増減

することがあります。

（注２）治療期間は、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

（裏面）

領収金額の内訳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診日 | 検査・治療方法（表面から番号（１～13）を選択） | 金額 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |
| 年　　月　　日 |  | 円 |