

## 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○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。

### 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