様式第２号

妹背牛町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療（保険適用の治療及び先進医療の治療）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。

年　　月　　日

医療機関の名称
及び所在地
主治医氏名

医療機関記入欄

<table>
<tr><td colspan="2">（フリガナ）
受診者氏名</td><td>夫</td><td>（　　）</td><td>妻</td><td>（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td></td><td>年　月　日（　歳）</td><td></td><td>年　月　日（　歳）</td></tr>
<tr><td colspan="2">今回の治療期間</td><td colspan="4">年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td rowspan="5">治療内容</td><td colspan="5">□保険適用の治療</td></tr>
<tr><td>一般不妊治療</td><td colspan="4">□検査：
□薬物療法（内服・注射）　□タイミング法（不妊相談）　□排卵誘発法
□人工授精　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>生殖補助医療</td><td colspan="4">□男性不妊治療（内科・外科治療）　□採卵に係る治療・処置
□体外受精・顕微授精　□受精卵・胚の培養　□胚凍結保存
□新鮮胚移植　□凍結胚移植
□その他（　　）　※各治療段階で中止したものも含む</td></tr>
<tr><td colspan="5">□先進医療の治療</td></tr>
<tr><td>先進医療 A</td><td colspan="4">□子宮内膜刺激術（SEET 法）　□タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
□子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）
□ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）
□子宮内膜受容能検査１（ERA）　□子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）
□二段階胚移植術　□子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）
□子宮内膜受容能検査２（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）
□強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）
□膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot）
□</td></tr>
<tr><td>先進医療 B</td><td colspan="4">□タクロリムス投与療法　□着床前胚異数性検査
□</td></tr>
<tr><td colspan="2">保険診療による治療回数</td><td colspan="4">□　妻の年齢 40 歳未満　＿＿＿回目／　６回目
□　妻の年齢 40 歳以上 43 歳未満　＿＿＿回目／　３回目</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">領収金額
（自己負担額）</td><td colspan="2">【保険適用】（①）
円</td><td>院外処方の有無</td><td>□有　□無</td></tr>
<tr><td colspan="2">【先進医療】（③）
円</td><td>文書料</td><td>（⑤）
円</td></tr>
</table>

※院外処方に係る保険適用の調剤費用は上記の領収金額に含めず、薬局の領収書及び調剤明細書により別途確認します。

注１当該患者に関して行った保険適用の不妊治療および先進医療の不妊治療に係るものをご記入ください。
２食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は、除いてください。
３先進医療の治療方法については、厚生労働省により先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。
４治療期間については、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。
５治療期間の初日における妻の年齢が 40 歳未満の場合は 6 回のうちの治療回数、40 歳以上 43 歳未満の場合は 3 回のうちの治療回数を記載してください。