様式第２号（第５条関係）

不妊治療（先進医療）受診等証明書

年　　月　　日

牛久市長　様

医療機関所在地
名　称
主治医氏名

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。

(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			
保険診療について	今回の生殖補助医療は保険診療ですか □はい　→右記の治療回数を記入 □いいえ　→補助対象外です。		保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用＿＿＿回目	
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、先進医療に係る領収金額 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	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１	年　月　日	円
着床前胚異数性検査２	年　月　日	円

□　当医療機関は、実施した先進医療の実施医療機関として承認されている。
□　上記の先進医療について、保険適用となる体外受精又は顕微授精と併用して実施した。

※１　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、妊娠判定日又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。

問合せ：牛久市こどもの未来応援センター
TEL 029-870-5657　FAX 029-873-1775
e-mail kodomomirai@city.ushiku.ibaraki.jp