

福岡県不妊に悩む方への先進医療支援事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療として保険診療及び先進医療を実施し、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。

※原則、治療が終了した日又は中止した日の属する年度内が申請期限となります。
ただし、やむを得ない事情がある場合に限り、翌年度4月30日まで申請することができます。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

連絡先

主治医氏名

指定医療機関記入欄(主治医記入)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
生年月日		年 月 日		年 月 日
今回の治療期間 (保険診療)	年 月 日 ~ 年 月 日 (治療計画を立てた日) (妊娠判定日) ※保険診療の回数: 回目			
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 特定不妊治療費 領収金額 _____ 円 <small>(保険診療及び先進医療の合計額)</small> 実施した先進医療にかかった費用 領収金額 _____ 円 ★			
今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記入してください。 以下の他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合には、()に記入してください。				
実施した治療・技術 ※①先進医療として告示された治療・技術であること。 ※②厚生労働省に実施医療機関として登録されていること。	<input type="checkbox"/>	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	子宮内膜スクラッチ 実施日: _____
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜刺激術(SEET法) 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	二段階胚移植法 実施日: _____
	<input type="checkbox"/>	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 実施日: _____
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容能検査(ERA) 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	子宮内フローラ検査 実施日: _____
	<input type="checkbox"/>	子宮内膜細菌叢検査(EMMA、ALICE) 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	子宮内膜受容期検査(ERPeak) 実施日: _____
	<input type="checkbox"/>	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI) 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	膜構造を用いた生理学的精子選択術 実施日: _____
	<input type="checkbox"/>	着床前胚異数性検査 実施日: _____	<input type="checkbox"/>	() 実施日: _____