

広島県特定不妊治療支援事業申請に係る証明書

次の者については、特定不妊治療（体外受精、顕微授精）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、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関の住所
名称

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		昭和 年 月 日（歳） 平成		昭和 年 月 日（歳） 平成
今回の治療内容	該当する記号（1又は2）に○をつけてください。 1 保険適用と保険適用外の先進医療を併用 2 保険適用外の医療のみを実施 今回の治療内容が2の場合、該当する治療ステージ記号（※1参照）に○を付けてください。 A・B・C・D・E・F・M			
領収年月日	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	
助成対象となる医療費の総額（文書料含む）	特定不妊治療費（男性不妊治療費を除く） 領収金額 _____ 円 男性不妊治療費 ※2（医療機関名 _____ ）が領収 領収金額 _____ 円			
〔 治療内容1に該当・・・先進医療に要した費用+文書料 の合計領収金額を記入してください。 治療内容2に該当・・・今回の治療に要した費用の総額+文書料 の合計領収金額を記入してください。 〕				
実施した医療技術 該当する□に☑を記載してください。その他の場合は（ ）内に医療名を記載してください。				
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）			
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査			
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法			
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査（ERPeak）			
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術			
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA）	<input type="checkbox"/> （ ）			
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	<input type="checkbox"/> （ ）			
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	<input type="checkbox"/> （ ）			
その他特記事項	○今回の治療期間 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 今回の治療に男性不妊治療が含まれる場合で採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。			
主治医氏名 _____				印
（主治医が自署若しくは記名押印）				

