

岸和田市特定不妊治療(先進医療)助成受診等証明書

年 月 日

岸和田市長様

医療機関の所在地

名称

主治医氏名

印

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

フリガナ 受診者氏名	夫	妻
受診者生年月日	年 月 日 （ 歳）	年 月 日 （ 歳）
婚姻関係の確認	初回の保険診療実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無（事実婚含む）の確認をしましたか。 ☐ はい ☐ いいえ	
治療期間	治療開始年月日 治療終了年月日 年 月 日 ～ 年 月 日	
保険診療 について	今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか。 ☐ はい ⇒今回の治療は保険適用 回目 ☐ いいえ ⇒助成対象外です。	
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 うち、先進医療部分のみにかかった治療金額 円 ⇒ 円	
実施した 治療等 ☐ 当該医療機関は、右記の実施した先進医療について、実施医療機関として届出を行い承認を得ています。	☐ 1 子宮内膜刺激法（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 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） ☐ 8 二段階胚移植法 ☐ 9 子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ） ☐ 10 子宮内膜受容能検査 2（ERPeak） ☐ 11 膜構造を用いた生理学的精子選択術 ☐ 12 着床前胚異数性検査（PGT-A） ☐ その他：	