

港区特定不妊治療費（先進医療）事業受診等証明書

（宛先） 港区長

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

電話番号

主治医氏名

下記の者については、特定不妊治療以外の治療による妊娠の見込みがない又は極めて少ないため、保険診療として特定不妊治療（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。

記

主治医記入欄

	夫	妻
フリガナ		
受給者氏名		
受給者生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の治療期間（保険診療）	年 月 日 ~ 年 月 日	
保険診療の回数	今回は_____回目の治療です。	
治療費（領収金額）	今回の特定不妊治療にかかった費用_____円（保険診療及び先進医療の合計額） うち、先進医療として告示された治療・技術にかかった費用_____円 領収書の期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
実施した治療・技術	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。 【注】（1）から（10）までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、（11）に記入してください。	
※①先進医療として告示された治療・技術であること。	(1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法） 実施日： 年 月 日	
※②厚生局に実施医療機関として登録されていること。	(2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 実施開始日： 年 月 日	
※③TRI0検査を実施した場合は、（5）（6）の両方にチェックしてください。	(3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） 実施日： 年 月 日	
	(4) <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： 年 月 日	
	(5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA・ERPeak） 実施日： 年 月 日	
	(6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA・ALICE） 実施日： 年 月 日	
	(7) <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： 年 月 日	
	(8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 実施日： 年 月 日	
	(9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ検査） 実施日： 年 月 日	
	(10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 実施開始日： 年 月 日	
	(11) <input type="checkbox"/> _____ 実施日： 年 月 日	

受給者番号（港区が記載）

--	--	--	--	--	--	--	--

