

大洗町生殖補助医療等受診等証明書

年 月 日

（宛先）大洗町長

医療機関所在地

名 称

主治医氏名

次のとおり、生殖補助医療（保険診療による生殖補助医療と併せた先進医療、男性不妊治療を含む）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 ※4（裏面）			
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 <input type="checkbox"/> はい（今回の治療 回目） <input type="checkbox"/> いいえ			
治療の 種類	医療技術名		実施日※2	領収金額※3
生 殖 補 助 医 療	1. 体外受精 2. 顕微授精		年 月 日	合計 円
	う ち 先 進 医 療	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（PGT-A）	年 月 日	円
先進医療 小計			円	
<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 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。				
男性 不妊 治療	手術法（)		年 月 日	合計 円

※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。ただし、主治医の治療方針に基づき、排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生殖補助医療終了日を記載してください。

※2 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。

※3 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。

※ 4

A	新鮮胚移植を実施
B	凍結胚移植を実施
C	以前に凍結した胚を解凍して胚移植を実施
D	体調不良等により移植のめどが立たず治療終了
E	受精できずまたは、胚の分割停止，変性，多精子授精などの異常授精等により中止
F	採卵したが卵が得られない，または状態のよい卵が得られないため中止
G	卵胞が発育しない，または排卵終了のため中止
H	採卵準備中，体調不良等により治療中止