

受給者番号（文京区が記載）									
文京区不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書									
次の受診者については、生殖補助医療（体外受精・顕微授精）以外の治療によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと思われるため、 保険適用となる特定不妊治療に先進医療を併せて実施 し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。									
年 月 日									
医療機関の名称及び所在地									
主治医氏名									
印									
医療機関記入欄（主治医が記入すること。）					（自署又は記名押印してください。）				
（ふりがな） 受診者氏名		対象者		（ ）		配偶者		（ ）	
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）				年 月 日（ 歳）			
今回の治療内容 （該当する項目にチェックしてください）		☐ 当医療機関は、不妊治療にかかる先進医療を実施する保険医療機関として、厚生局に登録されています。 ☐ 今回実施した先進医療は、保険適用された特定不妊治療に含んで実施したものです。							
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 厚生局に実施医療機関として登録されていること。 ※③ TRIO 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。		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(12)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、(13)に記入してください。							
		(1) ☐ 子宮内膜刺激胚移植法（SEET 法）				実施日： 年 月 日			
		(2) ☐ 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			
		(3) ☐ 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）				実施日： 年 月 日			
		(4) ☐ 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) ☐ 子宮内膜受容能検査（ERA, ERPeak）				実施日： 年 月 日			
		(6) ☐ 子宮内細菌叢検査（EMMA, ALICE）				実施日： 年 月 日			
		(7) ☐ 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) ☐ 二段階胚移植法				実施日： 年 月 日			
		(9) ☐ 子宮内細菌叢検査（子宮内フローラ）				実施日： 年 月 日			
今回の治療期間 （保険診療）		(10) ☐ タクロリムス投与療法				実施開始日： 年 月 日			
		(11) ☐ 膜構造を用いた生理学的精子選択術 （マイクロ流体技術を用いた精子選別）				実施日： 年 月 日			
		(12) ☐ 着床前胚異数性検査（PGT-A）				実施日： 年 月 日			
		(13) ☐ その他 〔 〕				実施日： 年 月 日			
領収金額		(領収書の期間) 年 月 日～ 年 月 日							
		今回の治療における領収金額 円①（保険診療及び先進医療の合計金額） ①のうち、先進医療として告知された治療・技術にかかった医療費 円※ ※文書料は含まない。							