様式第４号（第６条関係）

**鹿部町先進不妊治療費助成事業受診等証明書**

下記の者については、先進不妊治療を実施し、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。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　医療機関の名称及び所在地

　　　主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （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) |
| 今回の治療方法（注１） | 先進医療Ａ | □　子宮内膜刺激術（SEET法）□　タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養□　子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）□　ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）□　子宮内膜受容能検査１（ERA）□　子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）□　二段階胚移植術□　子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）□　子宮内膜受容能検査２（子宮内膜受容期検査）(ERpeak）□　強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）□　膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot） |
| 先進医療Ｂ | □　タクロリムス投与療法□　着床前胚異数性検査 |
| 今回の治療期間（注２） | 　年　　　月　　　日　～　　　　　年　　　月　　　日 |
| 領 収 金 額 | 治療にかかった金額合計（※保険外診療に限る） |
| 先進医療分 | 領収金額　　　　　　　　　　　　　　円 |

　（注１）　治療方法については、厚生労働省が先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

　（注２）　治療機関については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。

※　□は該当項目をチェックしてください。

　　　　文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。