

## 戸田市不妊治療実施証明書

当医療機関は先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関であり、次の受診者について、保険適用された不妊治療と併せて先進医療を実施し、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名



（自署又は記名押印してください。）

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※治療開始日(採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等の日)～ 治療終了日(妊娠確認した日又は治療を中止した日)			
妊娠の有無	有 無 該当する箇所に○を付けてください。			

上記期間中に実施した先進医療 該当技術名にチェックしてください。

先進医療技術名	実施開始日	領収金額
<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 (タイムラプス)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1 (EMMA/ALICE)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2 (子宮内フローラ検査)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 (SEET法)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1 (受容能検査=ERA)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2 (受容期検査=ERPeak)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 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)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/>	年 月 日	円
先進医療に係る合計領収金額		円

不妊治療実施証明書の作成に係る文書料	円
--------------------	---