

八幡浜市先進医療不妊治療費助成事業受診証明書

年 月 日

八幡浜市長 様

所在地
保険医療機関等 名称
主治医氏名

下記の事項に同意のうえ、受診者に対し先進医療を行ったことを証明します。

記

- 1 先進医療が、保険診療となる生殖補助医療と併せて実施されたこと。
- 2 先進医療の実施医療機関として承認を受け、かつ、地方厚生局への生殖補助医療管理科の施設基準に係る届出のある保険医療機関等で実施されたこと。

受診者	夫		妻	
	ふりがな			
	氏名			
	生年月日	年 月 日	年 月 日	
治療期間※1		年 月 日 ~		年 月 日
上記治療期間中に実施した先進医療（該当する医療技術名欄に記載）※2				
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（ERA）		年 月 日		円
子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）		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
		年 月 日		円
		年 月 日		円
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。

※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。