

若狭町不妊治療費助成事業受診等証明書
 （保険適用終了後の特定不妊治療に対する助成）

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、これに係る医療費等を下記のとおり領収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関 住所
 名称
 主治医名

印

【医療機関記入欄】

	夫	妻
ふりがな 受診者氏名		
生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日
保険適用回数 の状況	保険診療で実施された胚移植術の回数（ ）回 保険外診療で実施された胚移植術の回数（ ）回 ※今回の治療を含む	
今回の治療方法 該当する番号に○ をつけてください。	1. 新鮮胚移植を実施 2. 採卵から凍結胚移植に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結し、母体の状態を整えるために1～3周期の間隔をあけた後に胚移植を行うとの治療方針に基づく一連の治療を行った場合） 3. 以前に凍結した胚による胚移植を実施 4. 体調不良等により移植のめどが立たず治療終了 5. 受精できず、または、胚の分割停止、変性、多精子受精などの異常受精等による中止 6. 採卵したが卵が得られない、又は状態のよい卵が得られないため中止 注）採卵に至らないケースは助成対象とはなりません。	
組み合わせて実 施した先進医療 該当するものに☑ し、その他の場合は （ ）内に医療名を 記載してください	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査） <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2（ERPeak）	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A/SR） <input type="checkbox"/> その他（
領収金額	円	
本人負担の内訳	区分	負担金額
	年 月分	円

