

別記様式第2号（第8条関係）

府中市特定不妊治療（生殖補助医療・先進医療）支援事業申請に係る証明書

次の者は、生殖補助医療（体外受精、顕微授精、男性不妊治療）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、生殖補助医療を実施し、これに係る医療費の本人負担額を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

(医療機関)

住 所

医療機関名

代表者名

印

(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※1	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
今回の治療内容 (該当する番号及び記号に☑又は○をつけてください)	治療内容 1 先進医療（審議中の技術を含む） 2 本来保険適用となる生殖補助医療（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精） 3 保険適用の生殖補助医療（ <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精）			
	治療内容が生殖補助医療の場合：該当する治療ステージ記号（※裏面参照） A・B・C・D・E・F・M			
	実施した医療技術	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <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"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜細菌検査叢検査（EMMA、ALICE） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA） <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法		<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A） <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容器検査（ERPeak） <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> ()
医療費及び本人負担額の合計 ※文書料を含む	医療費の総額※2、3		本人負担額（領収金額）	
	治療内容1	円	円	
	治療内容2	円	円	
	治療内容3	円	円	
	別医療機関領収分	(医療機関名)が領収円	円	
合計	円	円		
助成対象医療	領収年月日 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			

※1 採卵準備前に男性不妊治療を行った場合は、男性不妊治療を行った日から特定不妊治療終了日までを「今回の治療期間」に記載してください。

※2 当該患者に関して行った(1)~(3)に係る治療費及び文書料の医療費の総額及び合計領収額を記入してください。

治療内容1：先進医療（審議中の技術を含む）。

治療内容2：先進医療（審議中の技術を含む）を併用することにより、本来保険適用となる生殖補助医療。男性不妊治療含む。

治療内容3：保険適用となる生殖補助医療。男性不妊治療含む。

※3 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めないでください。

