

土浦市不妊治療費（先進医療分）助成金交付に係る受診証明書
（宛先）土浦市長

医療機関 名称
所在地
主治医氏名

次の者について、医療保険各法による保険給付が適用される生殖補助医療と先進医療を組み合わせ
て不妊治療を実施し、これらに要する費用を次のとおり徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（※ 主治医が記入してください。）

(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)
今回の治療の期間 ※ 1	年 月 日 ~ 年 月 日			
妊娠の有無	有 ・ 無			
組み合わせた 生殖補助医療	保険診療による 生殖補助医療の治療回数		今回の治療は保険適用 _____ 回目	
不妊治療に要した 費用 ※ 2	_____ 円 (上記金額のうち、先進医療に要した費用： _____ 円)			
上記治療期間中に実施した先進医療				
医療技術名		実施日※ 3		領収金額
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 1（ERA）		年 月 日		円
子宮内膜受容能検査 2（ERPeak）		年 月 日		円
子宮内細菌叢検査 1（EMMA/ALICE）		年 月 日		円
子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ検査）		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
膜構造を用いた生理学的精子選択術		年 月 日		円
着床前胚異数性検査（PGT-A）		年 月 日		円
上記以外の医療技術（ _____ ）		年 月 日		円
<input type="checkbox"/> 当医療機関は、先進医療の実施医療機関として厚生労働省へ届け出ている（厚生労働省から承認を受けている）。				
<input type="checkbox"/> 上記の先進医療は、医療保険各法による保険給付が適用される生殖補助医療と併用して実施した。				

※ 1 治療期間については、治療計画を作成した日又は採卵準備若しくは凍結胚移植の準備を行った日から治療が終了した日（胚移植の結果を確認した日又は治療を中止した日）までを記載してください。

※ 2 入院時における差額ベッド代、食事代、文書料その他の先進医療による不妊治療に直接関係のない費用は、助成対象外のため、不妊治療に要した費用から除いてください。

※ 3 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。