

先進不妊治療受診等証明書

上富良野町長 あて

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

（自署又は記名押印）

次のとおり先進医療として告示されている不妊治療を保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

ふりがな 受診者氏名	夫		妻	
受信者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日 治療開始日 ～ 治療終了日（妊娠判定日又は治療を中止した日）			
上記治療期間中に保険診療と併せて実施した先進医療の内容				
実施した先進医療に✓をつけてください。			実施日（開始日）	受診者負担額
	子宮内膜刺激術（SEET法）		月 日	円
	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		月 日	円
	子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）		月 日	円
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）		月 日	円
	子宮内膜受容能検査1（ERA）		月 日	円
	子宮内膜受容能検査2（ERPeak）		月 日	円
	子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE）		月 日	円
	子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ検査）		月 日	円
	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術		月 日	円
	二段階胚移植術		月 日	円
	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）		月 日	円
	その他（ ）		月 日	円
先進医療にかかった費用の合計				円
特記事項				