

## 第2号様式（第6条関係）

## 富里市特定不妊治療（先進医療）受診等証明書

年 月 日

富里市長 様

医療機関名称及び所在地

主治医氏名

印

電話番号

下記の者については、保険診療による特定不妊治療と併用した先進医療を実施し、以下のとおり保険外診療医療費を徴収したことを証明します。

|                                                                                      |                                                                                       |           |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------|----------|
| 対象者                                                                                  | 夫                                                                                     | 妻         |          |
| フリガナ                                                                                 |                                                                                       |           |          |
| 氏名                                                                                   |                                                                                       |           |          |
| 住所                                                                                   |                                                                                       |           |          |
| 生年月日                                                                                 | 年 月 日（ 歳）                                                                             | 年 月 日（ 歳） |          |
| 治療期間<br>※注                                                                           | 開始 年 月 日                                                                              | 終了 年 月 日  |          |
| 実施した<br>治療・技術<br><br>※TRIO検査<br>を実施した<br>場合は、<br>(5)(6)の両<br>方にチェッ<br>クを入れて<br>ください。 | 先進医療の種類                                                                               |           | 実施日又は開始日 |
|                                                                                      | (1) <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激胚移植法（SEET法）                                        |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (2) <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養                                      |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (3) <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）                                       |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (4) <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）                               |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (5) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査（ERA、ERPeak）                                    |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (6) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査（EMMA、ALICE）                                     |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (7) <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別法（IMSI）                                |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (8) <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法                                                  |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (9) <input type="checkbox"/> 子宮内細菌 <sup>そう</sup> 叢検査（子宮内フローラ）                         |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (10) <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法                                              |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (11) <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術<br>（マイクロ流体技術を用いた精子選別）                  |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (12) <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査（PGT-A）                                        |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | (13) <input type="checkbox"/> （ ）                                                     |           | 年 月 日    |
|                                                                                      | 今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日を記載してください。<br>(1)から(12)までのほかに、新たに告示された治療・技術を実施した場合は(13)に記入してください。 |           |          |

※注 治療期間の開始は治療計画を作成した日、終了は妊娠判定日又は今回の特定不妊治療の中止の判断をした日を記載してください。