様式第２号（第６条関係）　　**医療機関等用**

八幡浜市先進医療不妊治療費助成事業受診証明書

令和　５　年　６　月　１日

八幡浜市長　　様

所　在　地　　八幡浜市□□□
名　　称　　△△産婦人科
主治医氏名　　○○　○○

治療を受けた月ごとに医療機関で証明を受けてください。※文書料はご負担ください。

療を行ったことを証明します。

医療機関等における記入例

１　先進医療が、
２　先進医療の実　　療管理科の施設基準に係る届出のある保険医療機関等で実施されたこと。

		夫	妻
受診者	ふ　り　が　な	やわたはま　たろう	やわたはま　はなこ
	氏　　名	八幡浜　太郎	八幡浜　花子
	生　年　月　日	平成９年　３月２８日	平成９年　１２月２５日
治療期間※1		令和５年　４月　１日～	令和５年　５月３１日
上記治療期間中に実施した先進医療（該当する医療技術名欄に記載）※2			
子宮内膜刺激術（SEET 法）		令和５年　５月１０日	４０，０００円
タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		令和５年　５月　１日	３０，０００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（ERA）		年　月　日	円
子宮内細菌叢検査（EMMA/ALICE）		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
			円
		年　月　日	円
計			７０，０００円

助成対象となる費用

※1　採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。
※2　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。