

様式第3（第7条関係）

安城市生殖補助医療（先進医療）費助成に係る受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名 (※)

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

当医療機関は先進医療を実施する保険医療機関として厚生労働省の承認を受けており、次の受診者について、先進医療及び患者申出療養並びに施設基準において規定された適応症に該当し、かつ、保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施しており、次のとおり当該先進医療に係る保険外診療費用を領収したことを証明します。

	夫	妻
ふりがな		
受診者氏名		
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
一連の治療期間 (保険診療を含む)	年 月 日 ~ 年 月 日	
実施した 治療・技術 ※1 TRIO 検査を実施 した場合は、 (5)(6)の両方に ☑してください。 ※2 (2)(4)(7)につい て、複数回実施 した場合は、 【 】に合計実施 回数を記入し、 ()に2回目以降 の実施日を記入 してください。	今回実施した治療・技術の□にレ印を付け、実施日及び領収金額を記入してください。 【注】(1)～(11)までの他に新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(12)(13)に記入してください。	
	(1) ☐ 子宮内膜刺激術(SEET 法)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(2) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 【 回】()	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(3) ☐ 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(4) ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI) 【 回】()	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(5) ☐ 子宮内膜受容能検査1(ERA) ☐ 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(6) ☐ 子宮内細菌叢検査1(EMMA, ALICE)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(7) ☐ 強拡大顕微鏡による形態学的精子選択術(IMSI) 【 回】()	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(8) ☐ 二段階胚移植術	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(9) ☐ 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ検査)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(10) ☐ 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)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(11) ☐ 着床前胚異数性検査(PGT-A)	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(12) ☐	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
	(13) ☐	実施日： 年 月 日 領収金額： 円
治療費 (領収金額)	先進医療に係る保険外診療費用の合計 円	

【注意事項】

- 令和8年4月1日以降に実施した先進医療について、記入してください。
- 先進医療以外に係る費用は、助成の対象となりません。
- 一連の治療のうち複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。ただし、医師の判断に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は、申請可能です。