別記様式第３号（第５条関係）

厚岸町不妊治療費等助成受診証明書（生殖補助医療）

下記の者については、次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

　　年　　月　　日

　　　　　　　　　 医療機関　所　在　地

 (調剤薬局) 名　　　称及び所在地　　　　　　　　　　 　　代　表　者

　　 電話番号

主治医氏名 **医療機関（調剤薬局）記入欄**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 夫 |  | 妻 |  |
| 受診者氏名 |  |  |
| 受診者生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） | 年　　月　　日（　　歳） |
| 今回の治療期間（注１） | 　　年　　　月　　　日　～　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 治療種別 | □ 体外受精　　□ 顕微授精　　□ 男性不妊治療 |
| 院外処方の有無 | * 有　　　□　無
 |
| 治療方法と領収金額（注２） | **【保険適用の治療】**今回の不妊治療にかかった自己負担分（３割負担分もしくは自己負担限度額分）が対象となります。食事療養費、入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等といった直接的な治療費ではない費用は含みません。医療機関(調剤薬局)領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（通院回数　　　回） |
| **【保険適用外の治療】**今回の不妊治療にかかった自己負担分（10割負担分）が対象となります。先進医療など治療の過程において必要となった保険適用外の治療も含めて下さい。（先進医療を実施した場合は、下記に該当する治療方法に☑を入れてください。）食事療養費、入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等といった直接的な治療費ではない費用は含みません。医療機関(調剤薬局)領収金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　円（通院回数　　　回） |
| 先　進　医　療（注３） | □　子宮内膜刺激術（SEET法）　　□　タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養□　子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）□　ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）□　子宮内膜受容能検査１（ERA）□　子宮内細菌叢検査１（EMMA/ALICE）□　二段階胚移植術 □　子宮内細菌叢検査２（子宮内フローラ）□　子宮内膜受容能検査２（子宮内膜受容期検査）（ERpeak）□　強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）□　膜構造を用いた生理学的精子選択術 （Zymot）□　タクロリムス投与療法 □　着床前胚異数性検査 |

（注１）治療期間については、１回の治療の期間を記載してください。（治療に必要な検査、調剤も含みます。）

（注２）薬局の証明の場合は、領収金額のみ記入してください。

（注３）厚生労働省が先進医療技術として公表しているものであるため、増減することがあります。