

大阪市特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)を実施し、これにかか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

医療機関の所在地  
及 び そ の 名 称

主 治 医 氏 名

医療機関記入欄

|          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
|          | 夫                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 妻                                                   |
| フリガナ     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |
| 受診者氏名    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                     |
| 受診者生年月日  | 昭和<br>平成 年 月 日 ( 歳)<br>西暦                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 昭和<br>平成 年 月 日 ( 歳)<br>西暦                           |
| 婚姻関係の確認  | 初回の保険診療実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無(事実婚含む)の確認をしましたか。<br><input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                     |
|          | 今回の治療について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                     |
| 治療期間     | 治療開始年月日 治療終了年月日<br>年 月 日 ~ 年 月 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                     |
| 保険診療について | 今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか<br><input type="checkbox"/> はい ⇒ 右記の治療回数を記入 →<br><input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 助成対象外です。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 保険診療による治療回数<br>今回の治療は保険適用 _____ 回目                  |
| 領収金額     | 今回の治療にかかった金額合計<br>_____ 円                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | ● うち、 <u>先進医療部分のみ</u> にかかった治療金額<br>⇒ _____ 円<br>領収印 |
| 実施した治療等  | 今回の治療で実施した先進医療の治療・技術に <input checked="" type="checkbox"/> を入れ、実施日・治療金額を記載してください。<br>● <b>先進医療の治療・技術名</b> 実施年月日／実施開始年月日 治療金額<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ) 年 月 日 円<br><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 円<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A) 年 月 日 円<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) 年 月 日 円 |                                                     |

☐ 当該医療機関は、右記の実施した先進医療について、実施保険医療機関として届出を行い承認を得ています。

※本証明書への領収印の押印がない場合は、先進医療の治療・技術を実施した日の領収書を添えて提出してください。(行政オンラインシステムで申請する場合は、日付と領収印が鮮明に写るように領収書を撮影・添付してください。)