

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	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)																																													
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。 <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 年 月 日 ~	治療終了年月日 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 <input type="checkbox"/> はい ⇒ 右記の治療回数を記入 → <input type="checkbox"/> いいえ ⇒ 助成対象外です。	保険診療による治療回数 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 _____ 円	● うち、 <u>先進医療部分</u> のみにかかった治療金額 ⇒ _____ 円 <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-left: auto;">領収印</div>																																													
実施した治療等	<p>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。</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">● 先進医療の治療・技術名</th> <th style="text-align: center;">実施年月日／実施開始年月日</th> <th style="text-align: right;">治療金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 二段階胚移植術</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> その他 (_____)</td> <td style="text-align: center;">年 月 日</td> <td style="text-align: right;">円</td> </tr> </tbody> </table>		● 先進医療の治療・技術名	実施年月日／実施開始年月日	治療金額	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日	円	<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	<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円	<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	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日	円	<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	<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円	<input type="checkbox"/> その他 (_____)	年 月 日	円
● 先進医療の治療・技術名	実施年月日／実施開始年月日	治療金額																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術(SEET法)	年 月 日	円																																													
<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																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)	年 月 日	円																																													
<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																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査1(ERA)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1(EMMA/ALICE)	年 月 日	円																																													
<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																																													
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2(子宮内フローラ)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2(ERPeak)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査(PGT-A)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> その他 (_____)	年 月 日	円																																													
<input type="checkbox"/> 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。																																															