

佐賀県不妊治療費(先進医療)助成申請に係る受診等証明書

下記の者については、保険診療による不妊治療にあわせて先進医療による不妊治療を実施し、これに係る治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

医療機関の名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
(ふりがな) 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	治療開始日 年 月 日 ~ (治療計画を立てた日 ^{※1})	治療終了日 年 月 日 (妊娠判定日 ^{※2})
実施した治療等	今回実施した先進医療の治療・技術に✓を付け、実施日、治療金額を記載してください。 ※新しく告示された治療を実施した場合は()欄へ記載してください。	
		実施年月日/実施開始年月日 治療金額
<input type="checkbox"/> PCSI	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> タイムラプス	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査(EMMA / ALICE)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> SEET 法	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査(ERA)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> IMSI	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査(ERPeak)	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 二段階胚移植法	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> マイクロ流体技術を用いた精子選別	年 月 日	円
<input type="checkbox"/> 反復着床不全に対する投薬(タクロリムス)	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"/> ()	年 月 日	円
領収金額	今回の治療にかかった金額合計	
	保険診療及び先進医療費の 合計金額	金 円
	先進医療として告示された 治療にかかった費用	金 円 ①

※1 医師が当該治療を保険診療で実施するための治療計画を作成した日。または既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融凍胚移植術を実施する場合には、当該胚移植術の準備を開始した日。

※2 医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した場合は、中止により治療が終了したと医師が判断した日。

令和7年4月1日改訂