

様式第4号（第6条関係）（表）

令和8年度砥部町不妊治療費助成事業受診等証明書
（特定不妊治療・先進医療用）

次の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、特定不妊治療を実施し、また併せて先進医療を実施した医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

砥部町長 様

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

各項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関である。
今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

		夫	妻
（ふりがな） 受診者氏名		（ ）	（ ）
受診者の生年月日		年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療方法 裏面※1参照		A B C D E F (該当する記号に○をつけてください)	A又はBの場合 体外受精 ・ 顕微授精 (該当する番号に○をつけてください)
今回の申請に係る治療期間 ※2		年 月 日～ 年 月 日 上記治療開始時の妻の年齢（ ）歳	
先 進 医 療	実施した先進医療※3 (該当項目に☑)	<input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法）	<input type="checkbox"/> 子宮内膜胚受容期検査(ERPeak)
		<input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養	<input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査
		<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI）	<input type="checkbox"/> 不妊症患者に対するタクロリムス投与療法
		<input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別（IMSI）	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> 二段階胚移植術	<input type="checkbox"/>
先進医療を実施した日		金額	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
年 月 日		円	
領 収 金 額	先進医療にかかった合計金額	①	円
	不妊治療費（保険適用分）※男性不妊治療費は除く	②	円
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	薬局領収金額 ③
限度額適用認定の有無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（区分 ）	

