

市川市不妊治療費（先進医療）受診等証明書

年 月 日

市川市長

医療機関所在地  
名 称  
主治医氏名

印

次の受診者については、生殖補助医療以外の治療法によっては妊娠の見込みがない又は極めて少ないと思われるため、保険診療として生殖補助医療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

【下記項目について確認し、□にレ点を入れてください。】

- ☐ 当医療機関は、今回実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。
- ☐ 今回実施した先進医療は、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。
- ☐ 令和 8 年 9 月 1 日以降に開始した治療である。

|                            |               |                        |                                 |
|----------------------------|---------------|------------------------|---------------------------------|
|                            | 夫             | 妻                      |                                 |
| フリガナ                       |               |                        |                                 |
| 受診者氏名                      |               |                        |                                 |
| 生 年 月 日                    | 年 月 日         | 年 月 日                  |                                 |
| 今回の治療期間※ 1                 | 年 月 日 ～ 年 月 日 |                        |                                 |
| 今回の治療での<br>胚移植実施の有無        | 有・無           | 保険適用の回数<br>(どちらかに○)    | ・__回目(上限回数 3・6 回)<br>・今回はカウントなし |
| 今回の治療に係る領収金額               | (A)           | (A) のうち、<br>先進医療分の領収金額 | (B)                             |
| 上記治療期間中に実施した先進医療           |               |                        |                                 |
| 医 療 技 術 名                  | 実 施 日※ 2      |                        | 領 収 金 額                         |
| 子宮内膜刺激術（SEET 法）            | 年 月 日         |                        | 円                               |
| タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養        | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）         | 年 月 日         |                        | 円                               |
| ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI） | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 子宮内膜受容能検査 1（ERA）           | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 子宮内膜受容能検査 2（ERPeak）        | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 子宮内細菌叢検査 1（EMMA/ALICE）     | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 子宮内細菌叢検査 2（子宮内フローラ検査）      | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI）  | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 二段階胚移植術                    | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 膜構造を用いた生理学的精子選択術           | 年 月 日         |                        | 円                               |
| 着床前胚異数性検査 2                | 年 月 日         |                        | 円                               |
| その他（ ）                     | 年 月 日         |                        | 円                               |

※ 1 治療計画の作成日から妊娠判定日又は治療を中止した日までを記載してください。  
※ 2 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。