

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

(記名又は押印)

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)
要件の確認 (当てはまらない場合は、助成対象外となります。)	<input type="checkbox"/> 以下の「実施した治療等」は、保険診療による不妊治療に併せて実施した先進医療です。	
実施した治療等 (※先進医療名称の詳細は別表をご確認ください。)	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。	
	治療名(先進医療の名称)	実施年月日/実施開始年月日 治療金額
	<input type="checkbox"/> 1. PICSI	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 2. タイムラプス	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 3. 子宮内細菌叢検査(EMMA/ALICE)	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 4. SEET 法	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 5. 子宮内膜受容能検査(ERA)	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 6. 子宮内膜スクラッチ	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 7. IMSI	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 8. 子宮内フローラ検査	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 9. 子宮内膜受容期検査(ERPeak)	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 10. 二段階胚移植法	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 11. マイクロ流体技術を用いた精子選別	年 月 日 円
	<input type="checkbox"/> 12. 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"/> 13. 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 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・融解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。

別表（助成対象となる先進医療）

	先進医療の名称
1	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSI)
2	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 (タイムラプス)
3	子宮内細菌叢検査 1 (EMMA/ALICE)
4	子宮内膜刺激術 (SEET 法)
5	子宮内膜受容能検査 (ERA)
6	子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ)
7	強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI)
8	子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ検査)
9	子宮内膜受容期検査 (ERPeak)
10	二段階胚移植術 (二段階胚移植法)
11	膜構造を用いた生理学的精子選択術 (マイクロ流体技術を用いた精子選別)
12	反復着床不全に対する投薬 (タクロリムス)
13	着床前胚異数性検査 (PGT-A)

【注意事項】

- ・不妊検査、一般不妊治療、全額自費で実施した不妊治療は対象外です。
- ・胚の管理料、入院費、食事代、交通費、証明書などの文書料等治療に直接関係のない費用も対象外です。