第 2 号様式

名古屋市不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

当医療機関は先進医療を実施する保険医療機関として承認されている医療機関であり、先進医療告示において規定された適応症に該当する次の受診者に対し、保険診療の生殖補助医療と併せて先進医療を実施し、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

<table>
<tr><td></td><td colspan="3">夫</td><td colspan="3">妻</td></tr>
<tr><td>ふりがな</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受診者生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　歳）</td><td colspan="3">年　　月　　日（　　歳）</td></tr>
<tr><td>今回の治療期間
(保険診療を含む)</td><td colspan="3">年　　月　　日 ～
(治療計画の作成日等)</td><td colspan="3">年　　月　　日
(妊娠判定日または今回の不妊治療の中止の判断をした日等)</td></tr>
<tr><td>婚姻関係の確認</td><td colspan="3">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。</td><td colspan="3">□　はい　※☑がない場合は、助成対象外となります</td></tr>
<tr><td>保険診療（生殖補助医療）による初回の治療開始日</td><td>年　　月　　日</td><td>保険診療（生殖補助医療）による初回の治療開始日における妻の年齢</td><td>歳</td><td>保険診療（生殖補助医療）による通算回数
(今回の治療を含む)</td><td>回</td></tr>
<tr><td rowspan="14">実施した治療・技術

※1
TRIO 検査を実施した場合は、(5)(6)の両方に☑してください。

※2
(2)(4)(7)について、複数回実施した場合は、【】に合計実施回数を記入し、()に２回目以降の実施日及び領収金額を記入してください。</td><td colspan="5">今回実施した治療・技術に☑を入れ、実施日及び領収金額を記入してください。
【注】(1)～(12)までの他に、新しく告示された治療・技術を実施した場合は、(12)に記入してください。</td></tr>
<tr><td>(1)　□　子宮内膜刺激術(SEET 法)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(2)　□　タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養
【　　回】(　　)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(3)　□　子宮内膜擦過術(子宮内膜スクラッチ)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(4)　□　ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)
【　　回】(　　)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(5)　□　子宮内膜受容能検査１(ERA)
□　子宮内膜受容能検査２(ERPeak)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(6)　□　子宮内細菌叢検査１(EMMA・ALICE)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(7)　□　強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術(IMSI)
【　　回】(　　)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(8)　□　二段階胚移植術</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(9)　□　子宮内細菌叢検査２(子宮内フローラ検査)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(10)　□　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)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(11)　□　着床前胚異数性検査２(PGT-A)</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>(12)　□</td><td colspan="4">実施日：　年　月　日
領収金額：　円</td></tr>
<tr><td>治療費
(領収金額)</td><td colspan="5">先進医療に係る保険外診療費用の合計　　円</td></tr>
</table>

【注意事項】

・**令和８年４月１日以降に実施した先進医療**について、記入してください。
・先進医療以外に係る費用は助成の対象となりません。
・今回の治療のうち複数回行った先進医療に係る費用を分けて申請することはできません。ただし、医師の判断に基づき、妊娠確認前に当該治療計画を中止した場合は申請可能です。