

年 月 日

しあわせ運ぶ妊活応援事業（山口県生殖補助医療費及び先進医療費助成）受診等証明書

山口県知事 様

（医療機関） 住所
 名称
 主治医氏名
 電話番号

下記の者については、当院において医療保険が適用される生殖補助医療及び先進医療を実施、これに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

記

（ふりがな） 受診者氏名	夫	（ ）	妻	（ ）
受診者生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）
今回の治療方法	A B C D （該当する記号（注参照）に○を付けてください。）		AまたはBの場合 1 体外受精 2 顕微授精 3 split法 （該当する番号に○を付けてください。）	
	男性不妊治療を行った場合は、行った手術療法を記載してください。（精子回収の有無） 〔 〕			1. 有 2. 無
今回の治療期間※1	年 月 日 ~		年 月 日	
領 収 金 額	[今回の治療にかかった合計金額]			
	生殖補助医療費 （男性不妊治療費除く）		領収金額	円
	生殖補助医療費 （男性不妊治療費のみ）		領収金額	円
	先進医療費	技術名	実施日※2	領収金額
		子宮内膜刺激術（SEET法）		
		タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		
		子宮内膜擦過術（内膜スクラッチ法）		
		ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術（PICSI法）		
		子宮内膜受容能検査（EAR）		
		子宮細菌叢検査（EMMA/ALICE）		
		強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別法（IMSI）		
		二段階胚移植法		
		子宮内フローラ検査		
		子宮内膜受容期検査（ERPeak）		
	膜構造を用いた生理学手系精子選択術（Zymot）			
特 記 事 項				

- ※1) 治療期間については、治療開始日から治療周期の最後の受診日までを記載してください。
- ※2) 今回申請する先進医療を記載してください。治療期間外の先進医療も申請可能です。
ただし、重複申請とならないよう、ご注意ください。

- A 新鮮胚移植を実施
- B 採卵から凍結胚に至る一連の治療を実施（採卵・受精後、胚を凍結するまでの治療を行った場合）
- C 以前に凍結した胚による胚移植を実施
- D その他（授精できない、採卵したが卵が得られない、体調不良等により治療中止等）