

医療機関用：受診等証明書記載例

石狩市先進不妊治療費等助成事業受診等証明書

2023年 月 日

医療機関の名称
いしかりはなかわARTクリニック
及び所在地
石狩市花川北6条1丁目30-2

主治医氏名
花川 石男



下記の者については、先進医療技術となっている不妊治療を実施し、これに係る医療費等を下記のとおり徴収したことを証明します。

記

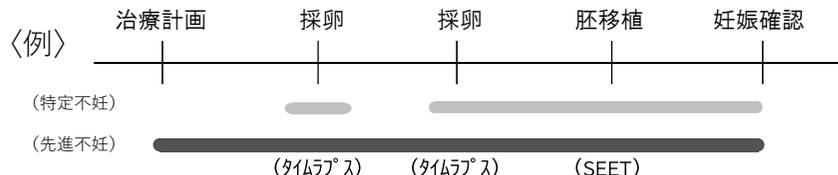
医療機関記入欄（主治医が記入すること）

（ふりがな） 受診者氏名	（いしかり さけたろう） 石狩 鮭太郎	（いしかり さけこ） 石狩 鮭子
受診者生年月日	1990年 9月 9日 (33歳)	1987年 6月 5日 (36歳)
今回の治療方法 （注1）	先進医療A <input checked="" type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） <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"/> 子宮内膜受容能検査1（ERA） <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査1（EMMA/ALICE） <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術 <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ） <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査2（子宮内膜受容期検査）（ERpeak） <input type="checkbox"/> 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術（IMSI） <input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選択術（Zymot） <input type="checkbox"/> その他	1
	先進医療B <input type="checkbox"/> タクロリムス投与療法 <input type="checkbox"/> 着床前胚異数性検査 <input type="checkbox"/> その他	
今回の治療期間 （注2）	2023年10月1日～2024年1月25日 2	
領収金額	治療費合計（※保険外診療に限る。） 3	
	先進医療分	領収金額 86,000円
石狩市独自 本受診等証明書 の発行手数料	5,000円 4 <small>※特定不妊治療助成金と同時に申請する場合は、特定及び先進 証明を1枚にまとめた様式がございますのでそちらをご使用くだ</small>	
	治療期間内の 通院日数	通院日数 3日 5 <small>※交通費助成を希望する場合のみ</small>

こちらは、先進不妊治療のみで助成金を申請する場合に必要となる証明書様式となります。

石狩市では、同時に受けた特定不妊治療と先進不妊治療について助成金を申請する方用に、1枚にまとめた証明書様式がありますので、そちらをご使用くださいますようお願いいたします。

- 1 使用した技術に印をつけてください。
- 2 治療期間については欄外（注2）にある範囲となり、特定不妊治療と範囲が異なる場合もございます。



- 3 治療に使用した先進医療費のみの合計金額を記載してください。

4および**5**の欄については、北海道の指定様式に石狩市独自で追加した証明事項となります。

- 4 発行手数料は税込金額（医療機関が領収した金額）で記載してください。

- 5 通院日数は、受診者の方が交通費助成を希望する場合は記載をお願いいたします。
交通費助成対象外（自宅から医療機関までの距離が25km以下）の方については、記載の必要はありません。

（注1）治療方法については、厚生労働省により先進医療技術として公表されているものであるため、増減することがあります。

（注2）治療期間については、治療計画を作成した日から妊娠確認日までを記載してください。