様式第２号（第７条関係）

つくば市不妊治療受診等証明書

年　　月　　日

つくば市長　宛て

医療機関所在地
医 療 機 関 名
主 治 医 氏 名

次のとおり、不妊治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	(　　)	妻	(　　)	
生年月日・年齢		年　月　日(　歳)		年　月　日(　歳)	
治療期間※１	年　月　日～　年　月　日(妊娠確認日又は治療を中止した日)				
妊娠の有無	有　・　無		治療ステージ	A・B・C・D・E・F・G・H ※治療ステージの詳細は、裏面参照	

	いずれかに☑	以下の助成要件を確認し、☑をお願いします。
今回の治療	□１.先進医療	□ 保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。 □ 当医療機関は先進医療の実施医療機関として承認されている。
	□２.保険適用外の生殖補助医療(４回目以降)	□ 初回治療開始の妻の年齢が 40～43 歳未満で、保険適用回数が上限３回に達している。 □ 今回は４回目以降の生殖補助医療**【体外受精・顕微授精※該当する方に○】**であり、自費で実施した。 □ 今回の治療開始時の妻の年齢は 43 歳未満である。 今回の治療開始時の妻の年齢　　歳 □ 当医療機関は保険医療機関として承認されている。

領収金額	今回の治療に係る領収金額 ※２ 円	左記のうち、先進医療に係る領収金額 (1.先進医療の場合のみ) 円

実施した先進医療　(1.先進医療の場合のみ)	実 施 日※３	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
タクロリムス投与療法	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当該採卵に係る治療計画を作成した日（改めて採卵を実施しないものについては、当該胚移植術に係る治療計画を作成した日）から治療終了日までを記載してください。なお、治療終了日は原則として、妊娠判定日又は医師の判断に基づき治療を終了した日ですが、これ以外の場合は、医師が治療の終了と判断した日を記載してください。

※２ 体外受精及び顕微授精に関する費用についてのみ記載し、食事療養費標準負担額、個室料、文書料等の不妊治療に直接関係のない費用は、含めないでください。

※３ 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。

（裏面あり）

（裏面）

体外受精・顕微授精の治療ステージ

