

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠できる見込みがないかまたは、極めて少ないと思われるため、同時提出の様式第 2 号の治療と組み合わせて実施された「国で審議中の技術先」または「先進医療」を実施し、これに係る医療費等を下記の通り領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称および所在地

主治医氏名

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		夫	()	妻	()
受診者生年月日および 今回の治療期間の初日の年齢			昭和 平成 年 月 日 (歳)		昭和 平成 年 月 日 (歳)
今回の治療期間 ※1		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
今回の治療内容 該当する番号に○を 付けてください。		Ⅰ. 様式第 2 号の今回の治療内容の「3」と組み合わせて実施された <u>県助成対象外</u> の「国で審議中の技術」または「先進医療」 Ⅱ. 様式第 2 号の今回の治療内容の「4」と組み合わせて実施された <u>県助成対象外</u> の「国で審議中の技術」または「先進医療」			
今回実施した 先進医療または 審議中の技術の内容 該当するものに☑し、その他 の場合は()内に医療名を記 載してください。		☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICSU) ☐ タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内細菌叢検査 1 (EMMA/ALICE) ☐ 子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ検査) ☐ 子宮内膜刺激術 (SEET 法) ☐ 子宮内膜受容能検査 1 (ERA) ☐ 子宮内膜受容能検査 2 (ERPeak) ☐ 子宮内膜擦過術 (子宮内膜スクラッチ) ☐ 強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術 (IMSI) ☐ 二段階胚移植術 ☐ タクロリムス投与療法 ☐ 着床前胚異数性検査 (PGT-A/SR) ☐ その他 ()			
領 収 金 額		〔今回の治療にかかった県助成対象外の「国で審議中の技術」または「先進医療」の本人負担額の合計〕 領収金額 円 ※入院費および食事代は対象外			
本人負担等の内訳	区分			自費診療分負担金額	
	年 月分			円	
	年 月分			円	
	年 月分			円	
	年 月分			円	
	年 月分			円	
	年 月分			円	
当医療機関以外での 検査・治療の有無		☐有 ☐無 ☒有の場合 医療機関名称			

※ 1) 同時提出の様式第 2 号と同じ治療期間を記載してください。