

様式第2号（第7条関係）

芦北町生殖補助医療費等助成事業医療機関証明書

年 月 日

芦北町長

様

(医療機関)

住 所

名 称

代 表 者

電話番号

印

下記の者については、次のとおり生殖補助医療又は生殖補助医療と併用した先進医療を実施し、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

| 夫 | 氏 名 | 妻 | 氏 名 | |
|-----------------------------|-------|--|-------|-------|
| | 生年月日 | | 生年月日 | |
| 治療を行った期間 | | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | |
| 保険適用の生殖補助医療 (体外授精又は顕微授精) | | 保険適用の生殖補助医療と併用実施した先進医療 | | |
| 診療月 | 実費負担額 | (該当の場合☑) <input type="checkbox"/> 当医療機関は、先進医療技術に係る実施医療機関として届出を行い、承認されている医療機関です。 | | |
| 年 月分 | 円 | | | |
| 年 月分 | 円 | | | |
| 年 月分 | 円 | 実施した先進医療 | 実施日 | 実費負担額 |
| 年 月分 | 円 | SEET法 | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | タイムラプス | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | 子宮内膜スクラッチ | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | PICSI | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | ERA | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | EMMA/ALICE | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | IMSI | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | 二段階胚移植法 | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | 子宮内フローラ検査 | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | ERPeak | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | マイクロ流体技術を用いた精子選別 | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | | | |
| 年 月分 | 円 | PGT-A | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | その他 | 年 月 日 | 円 |
| 年 月分 | 円 | | | |