

自治体助成金(先進医療) 記入依頼書

申込日 令和 年

	氏名	診察券No.	生年月日	連絡先
妻				
夫				

◆申請先（該当する項目にチェックし、申請先をご記入下さい）

- ☐ 助成金（ ）
- ☐ その他（ ）

◆確認事項（当院へ記入依頼される前に不備が無いかチェックのうえご確認ください）

- ☐ 各自自治体発行の医療機関記入用紙 ☐ 保険診療の回数（ ）回目
- ☐ 申請を希望される治療期間の請求書兼領収書、または明細書（コピー可）
- （治療計画日～移植日または治療終了日まで）

◆記入内容（該当する先進医療の□に○を付けて実施日の記入をお願いいたします）

	タイムラプス	①令和 年 月	②令和 年 月
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 (PICS)	//	//
	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別 (IMSI)	//	//
	膜構造を用いた生理学的精子選別術 (Zymot)	//	//
	ERA検査	①令和 年 月	②令和 年 月
	EMMA/ALICE検査	①令和 年 月	②令和 年 月
	子宮内膜擦過術(スクラッチ)	①令和 年 月	②令和 年 月
	子宮内膜刺激胚移植法 (SEET法)	①令和 年 月	②令和 年 月
	二段階胚移植術	①令和 年 月	②令和 年 月

◆注意事項

- ・ 証明書代 1枚4400円
- ・ 書類の作成には3週間ほどお時間をいただいております。
- ・ 先進医療助成金証明書は治療1回ごと（治療計画日～移植）1枚の記入となります。
- ・ 記入欄が不足する場合は、余白または別紙に記入いたします。
- ・ 記入方法は各自自治体にお問合せ下さい。

※東京都の場合 40歳未満：6回、40～43歳未満：3回

◆書類の返却方法について

申込日より3週経過後、次の診察日にお渡しいたします。

※書類が出来上がった旨の連絡はいたしません。

....