

保険会社診断書 記入依頼書

申込日 令和 年 月 日	診察券NO.	氏名
		連絡先

◆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下さい）

- ☐ 各保険会社発行の医療機関記入用紙
- ☐ 申請を希望される手術日の請求書兼領収書、明細書（コピー可）

◆記入内容（該当する手術の□に○を付けて実施日の記入をお願いいたします）

	人工授精 K884-2	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
		④令和 年 月 日	⑤令和 年 月 日	⑥令和 年 月 日
	採卵術 K890-4	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	胚移植術 K884-3	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	子宮内膜ポリープ切除術 K872-3	①令和 年 月 日		
	流産手術 K909-1	①令和 年 月 日		
	その他（ ）	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日

◆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 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術(PICSI)	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	強拡大顕微鏡による形態良好精子の選別(IMSI)	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	膜構造を用いた生理学的精子選別術(Zymot)	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	ERA検査	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	EMMA/ALICE検査	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	子宮内膜擦過術(スクラッチ)	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	子宮内膜刺激胚移植法(SEET法)	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	二段階胚移植術	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日
	抗αβ2 ⁺ リゴ ⁺ ロインI複合体抗体検査	①令和 年 月 日	②令和 年 月 日	③令和 年 月 日

◆注意事項

- ・診断書代 1枚5500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。
- ・当院で実施する手術は、外来手術となります。（日帰り入院など、入院での手術は記入できません）
- ・生殖補助医療の診断書記入は治療1回ごと（採卵～移植）1枚の記入となります（採卵1回～移植1回、移植1回の場合、診断書は2枚となります）
- ・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。
記入方法は加入されている保険会社にお問合せ下さい。

◆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。