

東京都先進医療助成金受診等証明書 発行申請書



東京都では、不妊治療にかかわる先進医療にかかる費用の一部が助成されます。
助成の申請には、医療機関が発行する「特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書」
が必要になります。
発行をご希望の方は、本申請書をご記入の上、ご提出ください。

申請される方の診察券番号： _____ 氏名： _____ 様

① 申請を希望する治療周期

採卵： _____年____月____日 胚移植： _____年____月____日
妊娠判定： _____年____月____日

② 実施した先進医療

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> タイムラプス撮像法 | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査（子宮内細菌叢検査2） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> EMMA・ALICE（子宮内細菌叢検査1） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> ERA（子宮内膜受容能検査1） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> ERA・EMA・ALICE | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> ER peak（子宮内膜受容能検査2） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術（SEET法） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> ニ段階胚移植法 | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> PICSI（ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選別） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> IMSI（強拡大顕微鏡を用いた生理学的精子選別） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> Harvester（膜構造を用いた生理学的精子選別） | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 抗ネオセルフβ2グリコプロテインI複合体抗体検査 | 実施日： _____年____月____日 |
| <input type="checkbox"/> 流死産検体を用いた遺伝子検査 | 実施日： _____年____月____日 |

③ 書類の受け取り方法

- レターパックで郵送 来院受け取り（完成後@リンクよりメールでご案内致します）

④ 確認事項

- 申請先の自治体の要件を確認しました。
 書類の作成期間は1-2週間かかります。
 申請期限を確認しました。

※ご記入いただきましてありがとうございます。
作成費用は、1通2,200円（税込）でございます。

医療機関記入欄

受領日：
支払： 済 未