

保険会社診断書 発行申請書



ご加入いただいている医療保険により、不妊治療にかかわる費用が保険の対象となることがあります。

詳細はご加入されている保険会社にお問い合わせください。

保険請求に必要な診断書の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（周期開始日）

② 申請を希望する手術（実施日）

採卵： _____年____月____日

採卵術： _____年____月____日

胚移植： _____年____月____日

胚移植術： _____年____月____日

妊娠判定： _____年____月____日

③ 実施した先進医療

タイムラプス撮像法

実施日： _____年____月____日

子宮内フローラ検査（子宮内細菌叢検査2）

実施日： _____年____月____日

EMMA・ALICE（子宮内細菌叢検査1）

実施日： _____年____月____日

ERA（子宮内膜受容能検査1）

実施日： _____年____月____日

ERA・EMA・ALICE

実施日： _____年____月____日

ER peak（子宮内膜受容能検査2）

実施日： _____年____月____日

子宮内膜擦過術（子宮内膜スクラッチ）

実施日： _____年____月____日

子宮内膜刺激術（SEET法）

実施日： _____年____月____日

ニ段階胚移植法

実施日： _____年____月____日

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

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

Harvester（膜構造を用いた生理学的精子選別）

実施日： _____年____月____日

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

流死産検体を用いた遺伝子検査

実施日： _____年____月____日

④ 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）

※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円でございます。

医療機関記入欄

受領日：

支払： 済 未