

保険会社診断書（証明書）記入依頼用紙

①**保険会社診断書(証明書)1枚**※患者様で氏名等を記入しないでください。 ②**記入依頼用紙1枚**※患者様で太枠内をご記入ください。
上記①②を対応時間内（8:00～13:00、午後診療ある日のみ15:00～17:00）に3F窓口スタッフにご依頼ください。
※郵送でご依頼の方はこの用紙を手元に準備し03-3593-2121・ガイダンス3まで確認連絡を入れてください。

※注意事項です。確認・同意したら☑を入れてください。

☐氏名表記は当院のカルテ表記に沿って作成致します。変更希望の場合は依頼時にお申し出ください。

☐作成期間は1通につき約1ヶ月かかります。いかなる場合も急ぐことは出来かねます。進捗問い合わせも1ヶ月はお控えください。

☐書類返却は郵送のみとなります。当院登録住所（妻宛）へ送付となります。

☐預かり後はいかなる変更も承ることは出来ません。

☐当院は不妊治療専門クリニックのため、初診時に「女性不妊症」「男性不妊症」の病名が付きます。
そのため当院受診後に契約された医療保険の場合、給付金の支給対象外となります。

☐当院で実施している手術は外来手術です。日帰り入院としての記入は出来ません。

☐保険会社診断書（証明書）1枚につき最大15回分まで記入出来ます。記入欄が足りない場合や内容によっては別紙を作成致します。

☐自費診療（保険適用外）で人工受精や採卵・培養・胚移植を実施した場合は、給付金の支給対象が依頼前に保険会社へご確認ください。

☐先進医療として登録されている技術について（タイムラプスやIMSI等）
保険診療で人工授精や採卵・培養・胚移植を実施した場合に限り、先進医療として記入出来ます。
自費診療（保険適用外）で人工受精や採卵・培養・胚移植を実施した場合は、先進医療として記入出来ません。
自費診療（保険適用外）に伴う技術として記入致します。その場合でも給付金の支給対象が依頼前に保険会社へご確認ください。

☐保険診療と自費診療（保険適用外）を同じ書類に記入してもよいが、依頼前に保険会社へご確認ください。

☐作成料（5500円）はご依頼時に請求となります。支払い完了後のキャンセルや返金には応じかねます。（給付金の支給対象外だった等）

上記注意事項に同意します

提出日： 年 月 日

診察券番号： 患者氏名： 連絡先： - -

※手術一覧・先進医療一覧からアルファベットを選んで、1枠に1文字ご記入ください。（最大15回分）

記入例	A	請求日	2026	年	9	月	25	日
1回目		請求日		年		月		日
2回目		請求日		年		月		日
3回目		請求日		年		月		日
4回目		請求日		年		月		日
5回目		請求日		年		月		日
6回目		請求日		年		月		日
7回目		請求日		年		月		日

8回目		請求日		年		月		日
9回目		請求日		年		月		日
10回目		請求日		年		月		日
11回目		請求日		年		月		日
12回目		請求日		年		月		日
13回目		請求日		年		月		日
14回目		請求日		年		月		日
15回目		請求日		年		月		日

手術一覧			区分	先進医療一覧			認定年月日
A	採卵術		K890-4	K	タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養		R4.10.1
B	体外受精・顕微授精管理料		K917	L	強拡大顕微による形態良好精子の選別（IMSI）		R8.1.1
C	受精卵・胚培養管料		K917-2	M	子宮内細菌叢検査1（EMMA・ALICE）		R4.4.1
D	胚凍結保存管理料（導入時）		K917-3	N	子宮内細菌叢検査2（子宮内フローラ）		R4.9.1
E	胚凍結保存維持管理料（卵子凍結更新時）		K917-3	O	子宮内膜受容能検査1（ERA）		R4.4.1
F	胚移植術		K884-3	P	子宮内膜受容能検査2（ERPeak）		R6.3.1
G	人工授精		K884-2	Q	ERA・EMMA・ALICEを同時実施した場合（TRIO）		R4.4.1
H	子宮内膜搔爬術		K861	R	抗ネオセルフβ2グリコプロテインⅠ複合体抗体検査（ネオセルフ抗体）		R7.7.1
I	子宮頸管ポリープ切除術		K866	S	流死産検体を用いた遺伝子検査2		R8.6.1
J	流産手術		K909-1	T	3倍体検査 ※追加検査		R8.6.1

病院記入欄

預かり日

作成料領収

担当（受付）

→

担当（医師）

済

・

未

別紙なし

・

別紙に全て記載あり

・

別紙に一部記載あり