

# 書類作成申込書

申込日： 年 月 日

|      |      |       |                      |
|------|------|-------|----------------------|
| ID : | フリガナ | 年齢： 歳 | 受取印<br>※当院使用※        |
|      | 名前   |       |                      |
| 連絡先  | - -  | 受取方法  | 窓口 / 郵送（別途費用 ¥660税込） |

## ☑ 申込書類チェックリスト（窓口提出前にご確認ください）

- ☐ 専用の書類をご準備ください。申請内容が多い場合は別紙に記入いたしますので、別紙での申請が可能か事前に保険会社へご確認ください。
- ☐ ご加入の保険内容によっては、適用外となるものもあります。自費治療分でも申請できるか必ず事前に保険会社にお問合せください。
- ☐ 申請希望の内容・日付はご自身で事前にお調べください。申込書に記入がないもの、申請に該当しないものは診断書に記載できません。

原則として作成依頼後のご返金はいたしかねます。また、作成完了後は@linkのご登録のアドレス宛にご連絡いたします。

## ☐ 保険会社診断書

記入例) ☑ 採卵術 R5.1.10 R5.10.1 R6.1.10 R6.10.1

| 手術名                                               | 実施日記入欄 |
|---------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> FT（卵管鏡下卵管形成術）            |        |
| <input type="checkbox"/> TCR（子宮内膜ポリープ切除術）         |        |
| <input type="checkbox"/> TruClear（子宮内膜ポリープ切除術）    |        |
| <input type="checkbox"/> D&C（流産手術）                |        |
| <input type="checkbox"/> 子宮内膜搔爬術                  |        |
| <input type="checkbox"/> 人工授精                     |        |
| <input type="checkbox"/> 採卵術                      |        |
| <input type="checkbox"/> 体外受精・顕微授精管理料             |        |
| <input type="checkbox"/> 受精卵・胚培養管理料               |        |
| <input type="checkbox"/> 胚凍結保存管理料                 |        |
| <input type="checkbox"/> 胚移植術（新鮮胚移植）              |        |
| <input type="checkbox"/> 胚移植術（凍結・融解胚移植）           |        |
| <input type="checkbox"/> simpe TESE（顕微鏡下精巣内精子採取術） |        |
| <input type="checkbox"/> micro TESE（顕微鏡下精巣内精子採取術） |        |
| <input type="checkbox"/> varico（顕微鏡下精索静脈瘤手術）      |        |

| 先進医療名                                                | 実施日記入欄 |
|------------------------------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> タイムラプス（タイムラプス撮像法による受精卵・胚培養） |        |
| <input type="checkbox"/> IMSI（強拡大顕微鏡を用いた形態学的精子選択術）   |        |
| <input type="checkbox"/> PICSI（ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術）  |        |
| <input type="checkbox"/> ZyMot（膜構造を用いた生理学的精子選択術）     |        |
| <input type="checkbox"/> SEET法（子宮内膜刺激術）              |        |
| <input type="checkbox"/> スクラッチ（子宮内膜擦過術）              |        |
| <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術（新鮮胚移植）              |        |
| <input type="checkbox"/> 二段階胚移植術（凍結胚移植）              |        |
| <input type="checkbox"/> ERPeak（子宮内膜受容能検査2）          |        |
| <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  |        |

※R4/10/1以降に先進医療として実施分のみ申請可。(ZyMotはR5/6/8以降、ネオセルフはR7/8/1以降)

☐ その他書類 ※会社用助成金も対象 【申請期間 : R / / ~R / / 分】

備考