

# 保険会社診断書の作成依頼書

ご加入いただいている保険会社の適用条件を事前に確認し、該当する項目に□を入れ、必要事項をご記入ください。同項目で複数日実施の場合は、該当する全ての実施日をご記入ください。

※領収書・明細書等をご参照ください。

採卵術	手術日	年	月	日	/	年	月	日
受精卵・胚培養管理料								
体外受精・顕微授精管理料								
胚凍結保存管理料								
胚移植術	手術日	年	月	日				
流産手術	手術日	年	月	日				
その他 ( )								

## 【先進医療】

<input type="checkbox"/> 膜構造を用いた生理学的精子選別術 (ZyMot)	採卵日	年	月	日	/	年	月	日
<input type="checkbox"/> タイムラプス撮影像法による受精卵・胚培養 (タイムラプス)	採卵日	年	月	日	/	年	月	日
子宮内膜受容能検査 (ERA)		実施日	年	月	日			
子宮内細菌叢検査 (EMMA/ALICE)		実施日	年	月	日			
子宮内細菌叢検査 2 (子宮内フローラ)		実施日	年	月	日			

## ◆確認事項◆ (当院へ申請される前にご確認いただき、各項目に□を入れてください。)

- 保険会社診断書の決定は、ご加入頂いている保険会社の判断となります。当院で証明書が発行された場合でも対象外となることがありますので、作成依頼前に必ず保険会社にご確認ください。
- 当院の手術は全て外来手術となります (入院の証明はできません)。
- 加入している保険会社の【保険会社診断書 (証明書)】を無記入でご提出ください。
- ご提出いただく【保険会社診断書 (証明書)】に記載しきれない場合 (枠が足りない・処置名記載欄が無いなど) は、別紙記載となります。※他の記載方法をご希望の方は、申請時に受付にお声かけ下さい。
- 作成期間は、ご依頼を頂いてから2週間となります (休診日を除く)。
- 作成にあたり1通5,500円の文書料を頂きます。

申し込み日 年 月 日

診察券番号 氏名

※証明書に記載希望の方の診察券番号と名前をご記入ください。