

度会町特定不妊治療費（先進医療費）助成事業受診等証明書

下記の者については、以下の先進医療について、保険診療と併用して実施し、これにかかる医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

各項目について確認し、間違いがなければ、□にレ点を入れてください。

- 当医療機関は、実施した先進医療にかかる実施機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関である。
- 今回の先進医療による治療は、保険適用の治療と併用して実施しました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
先進医療を実施した日	実施した先進医療の名称		金額	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
合計			①	円
今回の特定不妊治療（生殖補助医療）の治療期間※	治療開始	年 月 日		
	治療終了	年 月 日		
領収金額	(先進医療にかかった金額合計)			
	領収金額			円
	※①の金額と一致すること			

※治療開始は、原則、主治医が体外受精又は顕微授精を開始すると決定した日、治療終了は、原則妊娠判定日又は治療を中止した日。