

特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

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

【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、□にレ点を記入して下さい。

□ 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として、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	()
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
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 ~ 年 月 日			円	
年 月 日 ~ 年 月 日			円	
年 月 日 ~ 年 月 日			円	
合 計			①	円
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			

※ 治療期間については、治療計画の作成日から治療終了日（妊娠判定日または今回の不妊治療の中止を判断した日等）までを記載してください。