

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

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、□にレ点を入れてください。

- 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施機関として、厚生労働省地方厚生局へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。
- 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 (先進医療)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