

特定不妊治療受診等証明書(先進医療用)

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。

令和 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)

次の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、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	番号	実施した先進医療の名称	金額	
令和 年 月 日 ～(令和 年 月 日)	1		円	
令和 年 月 日 ～(令和 年 月 日)	2		円	
令和 年 月 日 ～(令和 年 月 日)	3		円	
令和 年 月 日 ～(令和 年 月 日)	4		円	
令和 年 月 日 ～(令和 年 月 日)	5		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			