

様式第2号（第5条関係）

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

（署名又は記名押印）

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、口々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	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