

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、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～ 年 月 日				円
年 月 日～ 年 月 日				円
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				