

記入例

伊勢市特定不妊治療医療費助成金に係る医療機関等証明書(先進医療用)

次のとおり、先進医療について、保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を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

※訂正のある場合
印を押し、訂正印を押印してください。

間違いがなければ、レ点を入れてください。

(主治医が記入すること。)

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	() 年 月 日生(歳)	妻	() 年 月 日生(歳)
特定不妊治療(生殖補助医療)の治療期間※	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	
~ 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〕		①と一致する金額 ※先進医療費のみ 円	
			※①の金額と一致すること。	

※医療開始は、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