

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）

以下の先進医療について、保険診療と併用して実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

年 月

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

間違いがなければ、
点を入れてください。

主治医名を記載し、主治医
の押印もお願いします。

入欄（主治医が記入

各項 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

※訂正のある場合

二重線を引き、その上に主治医
印を押印してください。

| | | | | |
|-------------------------|---|------------------|----|------------------|
| (ふりがな) 受診者氏名 生年月日 | 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 | 年 月 日 (～ 年 月 日) | | 円 | |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 | 年 月 日 (～ 年 月 日) | | 円 | |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 | 年 月 日 (～ 年 月 日) | | 円 | |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 | 年 月 日 (～ 年 月 日) | | 円 | |
| 年 月 日 ～ 年 月 日 | 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 | | | |

※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