様式第２号（第７条関係）

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　　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 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