

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

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		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] 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