

菰野町特定不妊治療費(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す。
- 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			

※ 治療開始は、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