

様式第 2 号（第 4 条関係）

平川市不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書

証明する治療・技術は先進医療として告示された治療・技術であり、当医療機関は、実施医療機関として厚生労働省へ届出を行っている又は承認されている医療機関です。

次の者については、先進医療について、医療保険適用の体外授精等と併用して実施し、これらに係る医療費を次のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

主治医記入欄

	男性		女性	
ふりがな 氏 名				
今回の治療期間 (保険診療)	開始	年 月 日 (※治療計画の日)	終了	年 月 日
保険診療の回数	今回で 回目		初回の治療開始日の女性の年齢 歳	
先進医療実施日	実施した先進医療技術の名称		先進医療にかかった費用	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
年 月 日			円	
合 計			円	

【記入上の注意】

①治療期間は、医師が治療計画書を作成した日等から妊娠を確認した日又は医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した日までとします。

②一連の治療を分けて申請することはできません。治療期間ごとに 1 部作成してください。