

様式第2号(第7条関係)

(その2)

不妊治療費助成事業受診等証明書(先進医療)

下記の者については、保険適用となる生殖補助医療と併用して以下の先進医療を実施し、これに係る医療費を下記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

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

当医療機関は、実施した先進医療について厚生労働大臣へ届出を行っている又は承認を受けている

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日(歳)		年 月 日(歳)
先進医療の名称		実施日		領収金額
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
		年 月 日		円
今回の生殖補助医療の治療期間(保険適用であること)	治療開始	年 月 日		
	治療終了	年 月 日		

※原則、妊娠判定日又は投薬終了日。治療を中止した場合は、中止日。