

生殖補助医療受診等証明書

年 月 日

(宛先) 津幡町長

医療機関等

住所

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり、生殖補助医療を実施し、本人負担額を徴収したことを証明します。

No.	治療期間※1	助成対象となる治療費		
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担額	
夫	(ふりがな) 氏 名 ()	生 年 月 日		本医療機関における 不妊治療開始年月日
妻	()	年 月 日 (歳)		年 月 日
		年 月 日 (歳)		
1	年 月 日～ 年 月 日	点	円	円 <input type="checkbox"/> 有→裏面記入 <input type="checkbox"/> 無
2	年 月 日～ 年 月 日	点	円	円 <input type="checkbox"/> 有→裏面記入 <input type="checkbox"/> 無
3	年 月 日～ 年 月 日	点	円	円 <input type="checkbox"/> 有→裏面記入 <input type="checkbox"/> 無
4	年 月 日～ 年 月 日	点	円	円 <input type="checkbox"/> 有→裏面記入 <input type="checkbox"/> 無
5	年 月 日～ 年 月 日	点	円	円 <input type="checkbox"/> 有→裏面記入 <input type="checkbox"/> 無
6	年 月 日～ 年 月 日	点	円	円 <input type="checkbox"/> 有→裏面記入 <input type="checkbox"/> 無

※1) 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

先進医療受診等証明書

年 月 日

(宛先) 津幡町長

医療機関等

住所

名称

代表者

電話番号

印

下記のとおり、先進医療として告示されている医療技術を保険診療と併用して実施し、本人負担額を徴収したことを証明します。

当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。

下記の先進医療について、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。

		夫		妻		
ふりがな		生年月日		生年月日		
受診者氏名		年 月 日		年 月 日		
治療期間 ※1	1		2		3	
	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療技術名	実施日 ※2	領収金額	実施日 ※2	領収金額	実施日 ※2	領収金額
	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
	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
	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	合計	円	合計	円
治療期間 ※1	4		5		6	
	年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療技術名	実施日 ※2	領収金額	実施日 ※2	領収金額	実施日 ※2	領収金額
	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
	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
	年 月 日	円	年 月 日	円	年 月 日	円
	合計	円	合計	円	合計	円

※1 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。

※2 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。

※3 No.及び治療期間は、生殖補助医療受診等証明書とそろえて記載してください。