

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

印

代表者

電話番号

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。(□にチェックを入れてください)

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
	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1回の治療の終了日までを記載してください。(1回の治療とは、採卵術(実施するための準備を含む。)から胚移植術(その結果の確認を含む。)までの一連の診療過程を指します。)

※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。