

年 月 日

瑞穂市長 様

医療機関名

所在地

主治医氏名

瑞穂市特定不妊治療費（先進医療）助成事業受診等証明書

下記の者については、特定不妊治療以外の治療法によっては妊娠の見込みがないか又は極めて少ないと思われるため、保険診療として特定不妊治療を実施し、これに係る医療費を以下のとおり徴収したことを証明します。

【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、今回実施した先進医療に係る実施医療機関として、厚生労働省地方厚生局へ届け出を行っている又は承認されている医療機関である。

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た。

(ふりがな) 受診者名	夫	()			妻	()		
		年	月	日生		年	月	日生
今回の特定不妊 治療の治療期間 (※)	治療開始	年 月 日						
	治療終了	年 月 日						
		妊娠 (成立 ・ 不成立 ・ 不明)						
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					円			
年 月 日					円			
年 月 日					円			
年 月 日					円			
年 月 日					円			
領収金額		〔先進医療にかかった金額合計〕						
		領収金額			円			

※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