

第2号の3様式(第8条の5関係)

特定不妊治療費(先進医療)助成事業受診等証明書

以下の先進医療について、保険診療と併用して実施し、これにかかる医療費を以下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

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)

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、実施した先進医療に係る実施機関として、届出を行っている又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、保険適用の治療と併用して実施しました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
先進医療を実施した日 (～年 月 日)	実施した先進医療の名称			金額 円
年 月 日 (～年 月 日)				円
年 月 日 (～年 月 日)				円
年 月 日 (～年 月 日)				円
年 月 日 (～年 月 日)				円
合 計				① 円
領収金額	〔先進医療にかかった金額合計〕 領収金額 円 ※①の金額と一致すること			