様式第２号(第５条関係)

いなべ市特定不妊治療費（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は、保険診療と併用して実施し、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係る実施機関として、届出を行っている又は承認されている医療機関です。

　　□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ました。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| （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） |
| 先進医療を実施した日 | 実施した先進医療の名称 | 金　　額 |
| 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 |
| 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。 |

 　※　治療開始日は、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。治療終了日

は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した日。