

第2号様式（第7条関係）

特定不妊治療受診等証明書（先進医療用）

先進医療について、保険適用の治療と併用して実施し、これに係る医療費を次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。）】

次の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、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ました。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )
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	
合計			① 円	
今回の 特定不妊治療 (生殖補助医療) の治療期間※	治療開始	年 月 日		
	治療終了	年 月 日		
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を、治療終了は、原則、妊娠判定日又は治療を中止した日をいいます。