

桑名市特定不妊治療費（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、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	( )
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			