上ノ国町先進医療不妊治療医療機関受診等証明書

年　　月　　日

上ノ国町長　様

医療機関等
住　　所
名　　称
代 表 者　　印
電話番号

□　当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。
□　下記の先進医療について、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。

下記のとおり、不妊治療を実施し本人負担額を領収したことを証明する。

	夫	妻
ふ り が な		
受診者氏名		
生 年 月 日	年　月　日	年　月　日
治療期間 ※	年　月　日 ～	年　月　日
上記治療期間中に実施した先進医療（該当する医療技術名欄に記載）		
医療技術名	実施日	領収金額
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
	年　月　日	円
計		円

※ 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。