|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 様式第1-2号（第7条関係） | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | |
|  |  | 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） | | | | | 夫 | （ |  |  |  |  |  |  |  | ） | 妻 |  | （ |  |  |  |  |  |  | ） |
|  | 受診者氏名 | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 先進医療を実施した日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 | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |