|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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 | 　 |
|  | 　 |
|  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |