

様式第2号の1 (第5条関係)

高萩市こうのとりのり応援事業 (先進医療) 受診等証明書

次の者については、特定不妊治療以外の方法によっては、妊娠の見込みがないかまたは極めて少ないと思われるため、特定不妊治療(先進医療含む)を実施し、これにかかる医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の所在地
及びその名称

主治医氏名

印

医療機関記入欄 (主治医が記入すること)

	夫	妻	
フリガナ			
受診者氏名			
受診者生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)	
婚姻関係の確認	初回の保険診療実施前に、上記患者に対して婚姻関係の有無 (事実婚含む) の確認をしましたか。 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
	今回の治療について		
治療期間	治療開始年月日 年 月 日 ~	治療終了年月日 年 月 日	
保険診療について	今回の特定不妊治療は保険診療によるものですか <input type="checkbox"/> はい ⇒右記の治療回数を記入 → <input type="checkbox"/> いいえ ⇒補助対象外です。	保険診療による治療回数 今回の治療は保険適用 _____ 回目	
領収金額	今回の治療にかかった金額合計 _____ 円	●うち、 <u>先進医療部分のみ</u> にかかった治療金額 ⇒ _____ 円	
実施した治療等 <input type="checkbox"/> 当該医療機関は、右記の実施した先進医療について、実施保険医療機関として届出を行い承認を得ています。	今回の治療で実施した先進医療の治療・技術名を記載し、実施日・治療金額を記載してください。		
	● 先進医療の治療・技術名 (厚生労働大臣が先進医療として告示した治療及び技術)	実施年月日/実施開始年月日	治療金額
		年 月 日	円
		年 月 日	円
		年 月 日	円

