

蕨市不妊治療（先進医療）受診等証明書

年 月 日

蕨市長 あて

次のとおり、体外受精又は顕微授精と併用して先進医療を実施したこと、並びに当該治療である先進医療に要した費用及び当該受診等証明書の発行に係る文書料を徴収したことを証明します。

また、当医療機関は、厚生労働省に先進医療の実施医療機関として承認されている医療機関です。

医療機関名称

医療機関所在地

主治医氏名

（自署または記名押印してください。）

医療機関記入欄（必ず主治医がご記入ください。）

1	受診者	男 氏名	生年月日 年 月 日 _____ 歳		
		女 氏名	生年月日 年 月 日 _____ 歳		
2	今回の治療期間及び終了の理由	年 月 日 ～ 年 月 日 ※治療開始日（排卵準備のための投薬開始日等） ～治療終了日（妊娠を確認した日又は医師の判断でやむを得ず治療を中止した日）		終了理由 ☐ 妊娠確認 ☐ 治療中止	
3	保険診療の治療回数	今回 回目			
4	体外受精及び顕微授精で要した費用	円（健康保険適用後の自己負担分領収額）			
5	実施した治療・技術 ①先進医療として告示された治療・技術であること。 ②実施医療機関として承認されていること。	先進医療名	治療実施または治療開始日	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	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
			年 月 日	円	
6	先進医療に要した費用の領収金額の合計額	先進医療として告示された治療・技術に係る費用の合計額		円	
7	文書料領収金額	蕨市不妊治療（先進医療）受診等証明書発行に係る文書料		円	