

第2号様式

特定不妊治療（先進医療）医療機関証明書

年 月 日

（あて先）成田市長

医療機関
所在地
名称
主治医の氏名
電話番号

次の受診者について、保険診療による特定不妊治療と併せて先進医療を実施し、以下のとおり先進医療に係る保険外診療費用を徴収したことを証明します。

受診者		夫	妻
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	年齢	歳	歳
今回の治療期間	年 月 日から		年 月 日まで
保険診療による治療回数	回目 / <input type="checkbox"/> はい 胚移植を実施せず治療終了		
領収金額	今回の治療における領収金額合計	円	
	上記のうち先進医療に係る領収金額	円	
上記治療期間中に実施した先進医療の治療・技術	治療・技術名	実施	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日