

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

印

生殖補助医療における先進医療に係る医療費証明書

下記のとおり保険診療による生殖補助医療に併せて実施した先進医療に係る医療費について証明します。

記

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者 生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
治療期間	治療開始日 (治療計画を立てた日※1) 年 月 日から		治療終了日 (治療計画を終了とした日※2) 年 月 日まで	
要件の確認 (当てはまらない場合は、 助成対象外となります。)	<input type="checkbox"/> 以下の治療は、 保険診療による生殖補助医療に併せて実施した先進医療です。			
今回の先進医療実施 (実施開始) 日、治療名 (先進医療の名称)、自己負担額を記載してください。				
区分	先進医療実施日 (実施開始日)	治療名 (先進医療の名称)	自己負担額①	
年 月分	年 月 日		円	
年 月分	年 月 日		円	
年 月分	年 月 日		円	
年 月分	年 月 日		円	
年 月分	年 月 日		円	
【本人が負担した金額】				
金額		円 (自己負担額①の合計額)		

※1 医師が当該治療を保険診療で実施するための治療計画を作成した日。または既に凍結保存されている胚を用いて凍結・融解胚移植術を実施する場合は、当該胚移植術の準備を開始した日。

※2 医師の判断に基づきやむを得ず治療を中止した場合は、中止により治療が終了したと医師が判断した日。

(備考)

- 1 初診料、文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。
- 2 当該患者に関して行った保険診療による生殖補助医療と併せて実施した先進医療に係るもののみ御記入ください。