

(先進医療) 不妊治療費支援事業受診等証明書

下記の者について、以下の先進医療として告示されている医療技術を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。

令和 年 月 日

川北町長 あて

医療機関所在地

名称

主治医氏名

医療機関記入欄

- 当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。
下記の先進医療について、保険適用となる生殖補助医療と併用して実施した。

Table with columns for patient info (夫/妻), treatment period, and medical techniques (医療技術名, 実施日, 領収金額) including SEET, IVF, ICSI, ERA, EMMA, IMSI, and Zygote transfer.

※1 採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日までを記載してください。
※2 実施日が複数にまたがる場合は、実施の開始日を記載してください。