

沖縄市不妊治療費助成事業受診等証明書（先進医療用）

当院は国から承認を受けた医療機関であり、下記の者については、承認を受けた算定日以降に先進医療不妊治療を実施しましたので、それに係る医療費を下記の通り徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄

(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)	
夫の加入保険	【種別】国保・健保・船員・共済 その他 () 【保険者番号】 【被保険者の記号及び番号】 【区分】		妻の加入保険	【種別】国保・健保・船員・共済 その他 () 【保険者番号】 【被保険者の記号及び番号】 【区分】
実施した先進医療 ※5	先進医療名1			
	実施した日	年 月 日		
	先進医療名2※2			
	実施した日	年 月 日		
	先進医療名3※2 ※4			
	実施した日	年 月 日		
今回の治療期間※1	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収金額	[今回の治療にかかった金額※先進医療部分に限る] 先進医療1 領収金額 円 先進医療2 領収金額 円 先進医療3 領収金額 円			

※1）治療期間については、採卵準備又は凍結胚移植等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。ただし、主治医の治療方針に基づき、採卵準備前等に先進医療を行った場合は、先進医療を行った日から不妊治療終了日までを記載してください。

※2）先進医療を複数行う場合は分けて記入してください。

※3）同一治療期間内に4つ以上の先進医療を実施した場合は、先進医療名、領収金額を枠外の余白部分に追加で記載してください。

※4）二段階胚移植術については、先進医療名の記載欄に「新鮮胚移植」または「凍結融解胚移植」の記載もしてください。

※今回の治療に係った（先進医療部分に限る）領収書及び明細書も添付してください。