

先進医療医療機関証明書

年 月 日

（あて先）久御山町長

医療機関等

住 所
名 称
代 表 者
電話番号



下記のとおり先進医療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受 療 者 氏 名			生年月日	年 月 日
配 偶 者 氏 名			生年月日	年 月 日
病 名				
手術日・治療期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
本人負担（領収）額		円		
自己負担の内訳	区分	負担金額	備考	
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
内 容		☐ 子宮内膜刺激術 ☐ タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 ☐ 子宮内膜擦過術 ☐ ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 ☐ 子宮内膜受容能検査 ☐ 子宮内膜菌叢検査 ☐ その他< >		
生殖補助医療を実施する医療機関名				
特 記 事 項				