

南関町先進医療不妊治療費助成事業医療機関証明書

年 月 日

南関町長 様

(医療機関)

住 所
名 称
代 表 者
電 話 番 号

印

下記のとおり、次の夫婦は一般不妊治療等によっては妊娠の見込みがない、又は極めて少ないと思われるため生殖補助医療を実施し、これと併せて実施した医療保険の適用外の先進医療に係る経費を領収したことを証明します。

記

受 診 者	夫	(フリガナ)	妻	(フリガナ)
生 年 月 日		年 月 日		年 月 日
治 療 方 法				
治 療 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
当該費用領収額	領収金額 円			
特 記 事 項				

(注) 助成対象となる治療は、生殖補助医療と併用して実施した厚生労働大臣が定める先進医療です。採卵に至らないケースは対象となりません。