

年 月 日

寒河江市不妊治療費本人負担額助成事業受診等証明書（先進医療）

医療機関

住 所

名 称

主治医

電話番号

印

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

(ふりがな) 受療者氏名	受療者	( )	受療者の 配偶者	( )
受療者生年月日及び年齢		年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)
治療期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
本人負担（領収）額	円			
本人負担額の 内訳	保険診療分			備考
	区分	本人負担額		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
内 容	<input type="checkbox"/> P I C S I <input type="checkbox"/> タイムラプス <input type="checkbox"/> 子宮内細菌叢検査 (EMMA/A L I C E) <input type="checkbox"/> 子宮内フローラ検査 <input type="checkbox"/> S E E T法 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 (E R A) <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容期検査 (E R P e a k) <input type="checkbox"/> 子宮内膜スクラッチ <input type="checkbox"/> I M S I <input type="checkbox"/> 二段階胚移植法 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
生殖補助医療を実施する医療機関名				
特記事項				