

先進医療 医療機関証明書

年 月 日

長 様

医療機関

所在地

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 ~ 年 月 日 | | |
| 本人負担（領収）額 | 円 | | |
| 内 容 | <input type="checkbox"/> 子宮内膜刺激術 <input type="checkbox"/> タイムラプス撮影法による受精卵・胚培養 <input type="checkbox"/> 子宮内膜擦過術 <input type="checkbox"/> ヒアルロン酸を用いた生理学的精子選択術 <input type="checkbox"/> 子宮内膜受容能検査 <input type="checkbox"/> 子宮内膜菌叢検査 <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 | | | |