

様式第2号（第5条関係）

松浦市特定不妊治療（先進医療）費助成事業受診等証明書

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

⑨

【主治医記入欄】

次の項目について確認し、□にレ点を入れてください。

当医療機関は、実施した先進医療に係る実施医療機関として承認されている医療機関である。

以下のとおり、特定不妊治療（先進医療）を実施したことを証明します。

		夫	妻
受診者	氏名		
	生年月日	年 月 日（ 歳）	年 月 日（ 歳）
治療期間 ※1		年 月 日 ～ 年 月 日	
上記治療期間中に実施した先進医療			
先進医療を実施した日		実施した先進医療の名称	自己負担額 ※2
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
年 月 日			円
合計			円

備考）主治医氏名の記入を自署で行う場合、押印を省略することができます。

※1 治療期間には、採卵準備又は凍結胚移植を行うための投薬開始等を行った日から治療終了日又は治療を中止した日までを記載してください。

※2 入院時食事療養費・差額ベッド代・文書料は、助成対象外ですので記載しないでください。